

**CUESTIONARIO SEGURO RESP.CIVIL PROFESIONAL ARQUITECTOS Y/O APAREJADORES**

**Rogamos respondan todas las cuestiones, daten y firmen el cuestionario**

**Datos del Solicitante**

**1.1 Nombre del asegurado , NIF y Dirección**

D/DNA.  
 NIF/CIF  
 DIRECCION  
 CODIGO POSTAL Y POBLACION  
 TELEFONO CONTACTO  
 E-MAIL

**1.2 Indique actividad: a) arquitecto superior b) arquitecto técnico /o aparejador c) ambas titulaciones**

<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1.3 Fecha de inicio de la actividad Profesional:**

**1.4 Colegiado en:**

**Número de colegiado:**

**INFORMACION FINANCIERA.**

Ingresos brutos por honorarios	Ejercicio económico anterior	Ejercicio económico en curso	Estimación para el año próximo
España			
Unión Europea			
Resto del mundo– (especifique)			

**Cobertura Previa**

Detallen a continuación los seguros de responsabilidad Civil Profesional que han tenido contratados en el Año anterior.

Período:

Aseguradora:

Límite Indemnización:

Franquicia:

Prima:

## Opciones de cobertura que se desea

Especificar los límites de indemnización y los niveles de franquicia para los que desean cotización:			
	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Límite de indemnización			
Franquicia			

## Coberturas opcionales a incluir

- ¿Desea contratar la cobertura de inhabilitación profesional con un límite de 1.500 € mensuales? Si  No
- ¿Realiza o interviene en proyectos de demolición? Si  No   
En caso afirmativo indicar el % sobre la facturación anual \_\_\_\_\_
- ¿Participa en UTES Profesionales? Si  No

## Reclamaciones y circunstancias

¿Tienen conocimiento, después de realizar las oportunas averiguaciones, de alguna reclamación que se haya efectuado contra usted o contra cualquiera de las personas físicas o jurídicas que hayan trabajado por cuenta de usted, en los últimos 5 años?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación contra el Despacho o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores o Gerentes pasados o actuales.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<p>Si han contestado afirmativamente a alguna de las preguntas <b>cada hecho o circunstancia debe detallarse previamente para obtener una cotización</b>. Le recordamos que es necesario que conteste de forma correcta a estas preguntas. <b>NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SERIAMENTE SU DERECHOS</b>, en caso de que tenga lugar una reclamación.</p> <p><b>MOTIVO:</b></p> <p><b>IMPORTE:</b></p> <p><b>SITUACIÓN ACTUAL:</b></p>		
Firmado (NOMBRE Y APELLIDOS)	.....	
Cargo	.....	

FECHA ..... de ..... de .....

FIRMA (RUBRICA)

ESTE CUESTIONARIO ES UNA MERA EXPOSICION DE DATOS, Y NO OFRECE NINGÚN TIPO DE COBERTURA. DEBE GESTIONARSE POSTERIORMENTE CON LA ENTIDAD ASEGURADORA, GESTION QUE SE REALIZARA ESTANDO EN SU PODER TODA LA DOCUMENTACION NECESARIA . EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGOR UNA VEZ ACEPTADOS LOS DATOS POR LA ENTIDAD ASEGURADORA, FORMALIZADA LA POLIZA Y PAGADO EL PRIMER RECIBO.