

_____ de _____ de 20 _____

Datos del Productor

Código: _____ Apellido y Nombre: _____

Tipo de Póliza: Nuevo Negocio Renovación Póliza N°: _____

Monto de cobertura que solicita: _____

Vigencia desde: ____ / ____ / ____

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido: _____ Ubicación: _____

N° de CUIT: _____

Descripción de la actividad que realiza por la cual se solicita RC Extracontractual: _____

Actividad (breve descripción de las distintas actividades que se desarrollan indicando porcentajes) _____

Cobertura (Riesgos Adicionales) _____

Limite a Asegurar _____

Reclamos en los últimos 5 años _____

Cantidad de empleados

Administrativos: _____

Sin uso de armas de Fuego: _____

Con uso de armas de Fuego: _____

Descripción de Exámenes Laborales

Preocupacionales: _____

Periódicos: _____

Descripción de cursos de capacitación a empleados:

Administrativos: _____

Sin uso de armas de Fuego: _____

Con uso de armas de Fuego: _____

¿Posee deposito de municiones? (indicar cantidades almacenadas y medidas de seguridad contra robo/incendio) _____

Descripción de armas de fuego que se utilizan

TIPO	MARCA	CALIBRE	CANTIDAD	OBSERVACIONES

Medidas de Prevención, Supervisión y Normas de Seguridad que utilizan diariamente _____

Indicar cantidad y descripción de las ubicaciones en las cuales presta servicios _____

Indicar la facturación anual de los últimos 3 años _____

Información Adicional _____

El presente Cuestionario es la base de contratación del Seguro y formará parte integrante de la Póliza, por lo que declaro que la información facilitada es completa y verdadera. Cualquier Omisión o Falsedad, aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el Solicitante de esta cobertura, será considerada reticencia en los términos previstos en la Ley 17.418 (Art. 5 y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguros.

Lugar: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre del Apoderado: _____ Cargo: _____

Firma: _____