

_____ 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: _____

Cantidad de personal y sueldos anuales: _____

Ingresos/Facturación anual estimada: _____

¿Tuvo alguna vez seguro de RC?

Si. Hubo siniestros y/o reclamos? _____

Montos indemnizados: _____

No.

Antigüedad en la actividad: _____

Límite de RC solicitado: _____

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 refidencia en los términos previstos en la Ley 17.418 (Art. 5 y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguros.

Firma: _____ Aclaración: _____ DNI: _____