

Fecha de efecto:

Fecha de vencimiento:

### 1. DATOS DEL TOMADOR

Nombre:

CIF:

Dirección:

CP:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Email:

Fax:

Fecha de Constitución:

### 2. FORMA DE PAGO

Anual

Semanal

Única

Entidad:

Oficina:

DC:

Nº CC:

### 3. DESCRIPCIÓN DEL RIESGO / TIPO DE EMPRESA

Actividad Detallada:

Volumen de Facturación:

### 4. GARANTÍAS Y SUMAS ASEGURADAS

Suma Asegurada:

Si

No

Explotación, Patronal, Profesional, defensa y Fianzas:

¿Tiene otro seguro contratado?

En caso afirmativo, indicar compañía:

¿Ha estado este riesgo asegurado en otra compañía?

Si

No

En caso afirmativo, indicar compañía:

¿Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años?

Si

No

En caso afirmativo, indicar las causas, cantidad reclamada y, en su caso, indemnizada:

¿Se realizan trabajos fuera del recinto de explotación?

Si

No

En caso afirmativo, explicar:

¿En el proceso productivo se manipulan materias líquidas, gaseosas, corrosivas, inflamables, explosivas o tóxicas?

Si

No

¿Qué normativa legal resulta de aplicación a la actividad desarrollada?

¿Dispone de seguro de accidentes? ¿Colectivo de empresas? ¿Individual del tomador del seguro?

Si

No

En caso afirmativo, indicar:

Prima Neta:

Impuestos:

Prima Total:

**IMPORTANTE:** adjuntar copia del contrato ordinario de servicio que utiliza la empresa con sus clientes.

## Firma del Solicitante:

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 (LOPD), se le informa que los datos que voluntariamente suministra en el presente formulario serán incorporados a un fichero de datos personales de clientes existente en la empresa, debidamente notificado a la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), cuya finalidad es la correcta prestación del servicio mediación de seguros. Así mismo, de acuerdo con la LOPD y en el marco de la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información (LSSI), autoriza el tratamiento de dichos datos para el envío de comunicaciones comerciales (incluidas las que se lleven a cabo de forma electrónica) de los productos y servicios que la empresa comercialice, así como la cesión a empresas del mismo grupo para remitirles información relacionada con noticias y servicios del sector de los seguros, la formación y la construcción o que pudieran afectar a las obligaciones legales de su empresa y/o actividad, incluyendo aquellas tareas comerciales encaminadas a la fidelización de clientes, pudiendo en todo momento ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al almacenamiento o tratamiento de sus datos, debiendo para ello dirigirse a la empresa responsable del fichero. Asimismo, ORES Y BRYAN CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L. ha adoptado las medidas de seguridad necesarias para el tratamiento de sus datos en sus sistemas, ficheros e instalaciones, y en todo momento cuidará del leal tratamiento de la información suministrada, garantizando la plena confidencialidad de la misma. El Responsable del fichero es ORES Y BRYAN CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L., con C. I. F. B-29435260 y domicilio en C/ Jaén 9, Edificio Galia Center, Oficina 312, CP 29004 Málaga.

- No deseo comunicación comercial.
- No deseo cesión a empresas del grupo.

Firmado:.....

Nombre y N.I.F.