Mussap seguros
Via Laietana, 20
08003 Barcelona
☎ 93 327 84 30
93 327 84 31

Una vez cumplimentada enviar por mail: caza@mgbseguros.com

SOLICITUD DE DATOS PARA CUMPLIMENTAR PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE ADMINISTRADORES Y DIRECTIVOS DE CLUBS DEPORTIVOS

Mediador 7067 Mediación y Gestión del Bienestar S.L. **Fecha de efecto** .....

Forma de pago: ANUAL **Renovación: Anual.**

Tomador ..... **CIF:**

Domicilio social .....

Código Postal..... **Población**..... **Provincia**.....

Persona de contacto .....

Teléfono ..... / **Fax** ..... **E-mail**.....

Domiciliación Bancaria ES Cuenta

Objeto Social .....

Relación de personas aseguradas (nombre, apellidos y NIF) y cargo que ocupen: obligación de presentar en caso de siniestro, sin esta documentación no es podrá tramitar el mismo.

Cuestionario:

- Tiene actualmente contratada un póliza de responsabilidad civil de Administradores y directivos? **Si** ☐ **No** ☐

- Está en situación de insolvencia, concurso, liquidación, causa de disolución o similar o planea estarlo en los próximos 12 meses? **Si** ☐ **No** ☐

- Tiene conocimiento de reclamaciones presentadas, y/o de hechos y circunstancias que pueda dar sitio a reclamaciones, contra cualquier administrador o directivo del solicitante o de sus filiales o participadas? **Si** ☐ **No** ☐

Nota: Si alguna de las preguntas anteriores fuera afirmativa se requerirá suscripción individualizada.

Tarifa

Facturación €	Capital asegurado €	Prima total	Contratar	Capital asegurado €	Prima total	Contratar
50.000	150.000	175,07€	☐	300.000	220,24€	☐
100.000	150.000	200,09€	☐	300.000	249,29€	☐
200.000	150.000	250,16€	☐	300.000	300,06€	☐

Franquicia 300 € por siniestro presentado

Declaración
Declaro que las informaciones comunicadas en este cuestionario son verdaderas y no se ha omitido voluntariamente ni suprimido cualquier hecho, sirviendo la mencionada información como base a la póliza formando parte de la misma.
Aun así , me comprometo a informar a la Mutua de cualquier enmienda de las presentes declaraciones que tuvieran lugar, entre la fecha del cuestionario y la fecha de efecto de la póliza.

Nombre Cargo y firma Representante de la Entidad Solicitantes

Sello de la Sociedad

Firmado, en ....., a..... de ..... de 201...