

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

Tomador del Seguro			CIF
Domicilio			
C.Postal	Población		Provincia
Teléfono	Página Web		
Persona de Contacto		Teléfono	
E-mail		Cargo en la Empresa	
Miembro de Asociaciones de Comercio			

**OTRAS EMPRESAS FILIALES ASEGURADAS**

Nombre		CIF
Dirección		
Nombre		CIF
Dirección		
Nombre		CIF
Dirección		
Nombre		CIF
Dirección		

**SERVICIOS Y ACTIVIDADES**

<b><u>Descripción</u></b>	<b><u>% Volumen Anual Ventas</u></b>
Transitario	
Transportista Marítimo / NVOCC	
Transportista Aéreo / Agente de Carga Aérea	
Agente de Aduana	
Representante Fiscal / Gestor Temporal de Importaciones de Mercancías	
Transportista Terrestre Nacional Subcontratado	
Transportista Terrestre Nacional Flota Propia	

**SERVICIOS Y ACTIVIDADES**

<b><u>Descripción</u></b>	<b><u>% Volumen Anual Ventas</u></b>
Transportista Terrestre Internacional Subcontratado	
Transportista Terrestre Internacional Flota Propia	
Almacenaje en Tránsito	
Almacenaje de Larga Duración	
Embalaje / Etiquetado / Consolidación	
Servicios Logísticos	
Detallar en Caso Afirmativo	
Otros Servicios de Valor Añadido sin Realizar Almacenamiento de Transporte	
Detallar en Caso Afirmativo	
Bolsa de Carga Online	
Project Cargo En caso afirmativo, todas las actividades deberán ser declaradas a la Aseguradora, adjuntando una copia o detalle de las obligaciones contractuales.	
Otros Servicios	
Detallar en caso afirmativo	

**DESTINOS PRINCIPALES**

<b><u>Envíos Aéreos / Marítimos</u></b>	<b><u>Porcentaje del volumen anual de negocio</u></b>		
Europa Occidental	Europa Oriental	Países del CIS	
Norte América	Centro/Sud América	África	
Australasia	Lejano Oriente	Oriente Medio	
<b><u>Envíos Terrestres</u></b>	<b><u>Porcentaje del volumen anual de negocio</u></b>		
Europa Occidental	Europa Oriental	Países del CIS	
Lejano Oriente	Oriente Medio		
<b><u>Envíos Nacionales (Entre dos Puntos del Territorio Español) - Porcentaje del volumen anual de negocio</u></b>			

**MERCANCÍA TRANSPORTADA**

**Tipo de Mercancía**

**% Volumen Anual Ventas**

Carga General

Alto Valor o Codiciable Susceptible de Robo

Detalle

Bebidas Alcohólicas

Electrodomésticos

Frágil

Ganado Vivo

Graneles Líquidos

Graneles Sólidos

Metales / Líquidos / Concentrados

Peligrosa

Project Cargo o Especiales

Refrigerada

Telefonía Móvil

Tabaco / Cigarrillos

**ALMACENAMIENTO / ALMACENAJE**

**Localización del Almacén 1**

Superficie

m<sup>2</sup>

Almacén Propio

Valor Máximo Almacenado

**Localización del Almacén 2**

Superficie

m<sup>2</sup>

Almacén Propio

Valor Máximo Almacenado

**Localización del Almacén 3**

Superficie

m<sup>2</sup>

Almacén Propio

Valor Máximo Almacenado

**DETALLES FINANCIEROS**

**Ingresos Brutos Anuales**

Volumen Anual de Negocio Estimado

**Inversiones**

Oficinas

Domicilio

Instalaciones

Domicilio

Equipamientos

Descripción

## Control de Calidad y Certificaciones

Calificación ISO9000 o equivalente	Proporcionar Copia del Certificado
Comprometido en un Proceso de Calidad	Proporcionar Copia del Certificado
Aplicación de otra Norma Industrial	Descripción
Procedimientos Operativos en los Movimientos de Control de Temperatura	Proporcionar Copia del Procedimiento
Procedimientos Operativos en los Movimientos de Mercancía de Alto Valor	Proporcionar Copia del Procedimiento
Otros Procedimientos Operativos que garanticen una alta calidad de Servicio, Seguridad y Protección	Proporcionar Copia del o de los Procedimientos
Implantación de medida industrial específica, como TAPA, CTPAT,etc	Detallar

## COBERTURAS / LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN Y FRANQUICIAS

	<u>Límite Indemnización</u>	<u>Franquicia</u>
R.C. Contractual		
R.C. Almacenista		
R.C. Errores y/u Omisiones		

## RECLAMACIONES

Reclamaciones o acciones pendientes Detalle

## Reclamaciones cubiertas durante los últimos 3 años

### Años

Valor Total Siniestros Pagados

Valor Total Pendientes de Pago

Nº Siniestros por debajo de 5.000,00€

Nº Siniestros Superiores a 5.000,00€

Nº de Siniestros Superiores a 15.000,00€ en los Últimos 3 Años

Detalle (Importe, Motivo) de los siniestros de más de 15.000,00€

Acciones / Gestión de Riesgos emprendidas para corregir, mitigar y/o reducir el número de siniestros

**SEGUROS PREVIOS**

**Información Sobre la Actual o Anterior Póliza Contratada**

Nombre de la Aseguradora

Prima Total de Seguro

Límite Asegurado por Siniestro

Franquicia

Fecha de Vencimiento

El Tomador del Seguro y/o Asegurado responden de la veracidad de las declaraciones realizadas en este Cuestionario, las cuales sirven de base para determinar el riesgo.

Firmado en

a

El Tomador

El Asegurado