

**SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE COBERTURAS DEL SEGURO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL DE EMPRESAS CONSULTORAS**

POLIZA N°:

TITULAR:

NUEVA COBERTURA:

NUEVA FRANQUICIA:

FECHA DE EFECTO DE LA AMPLIACIÓN

DATOS SOBRE SINIESTRALIDAD:

1. ¿Conoce alguna circunstancia o hecho que pueda dar lugar a una reclamación por responsabilidad profesional de la empresa o de alguno de sus empleados? (en caso afirmativo, indique cual)

.....
.....
.....

2. ¿Ha tenido alguna reclamación en los últimos cinco años? (en caso afirmativo, indique las causas e importes)

.....
.....
.....

Fecha: (Firma y sello de la Empresa)

Firmado por:
En calidad de: