

## 1. DATOS DEL TOMADOR

Persona física

Persona jurídica

Nombre:

Dirección:

C.P.:  Localidad:  Provincia:

NIF/CIF:  Teléfono/s:

Fax:  Email:

## 2. ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

### Actividad de la empresa

Volumen Facturación en Administración Concursal:

\* Escriba los decimales con un punto y no indique separación de miles.

¿Posee actualmente Seguro de Responsabilidad Civil?: SI NO

La intervención del futuro asegurado en todos aquellos concursos de acreedores cuyo pasivo es superior a los 15.000.000€: SI NO

La cifra de negocio anual del concursado ha sido de cien millones de euros o superior en cualquiera de los tres ejercicios anteriores a aquél en que sea declarado el concurso: SI NO

El importe de la masa pasiva declarada por el concursado es superior a 10.000.000€: SI NO

El número de acreedores manifestado por el concursado sea superior a 1.000: SI NO

El número de trabajadores del concursado es superior a cien o lo haya sido en alguno de los tres ejercicios anteriores a la declaración del concurso: SI NO

Suma asegurada deseada:

¿Desea franquicia?      SI              NO