

# CUESTIONARIO SERVICIOS DE SEGURIDAD

Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

Nombre \_\_\_\_\_

## Actividad Profesional

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Policía Municipal                   | <input type="checkbox"/> G.A.R. (Grupo antiterrorismo rural)   |
| <input type="checkbox"/> Policía Nacional                    | <input type="checkbox"/> P.S.P. (Policía seguridad portuguesa) |
| <input type="checkbox"/> Policía Autónoma                    | <input type="checkbox"/> G.I.S. (Guardia información secreta)  |
| <input type="checkbox"/> Guardia Civil                       | <input type="checkbox"/> Guardaespaldas                        |
| <input type="checkbox"/> Agente Judicial                     | <input type="checkbox"/> Detective privado                     |
| <input type="checkbox"/> Vigilante armado                    | <input type="checkbox"/> Otros                                 |
| <input type="checkbox"/> Funcionario de prisión              | Indicar tipo _____   |
| <input type="checkbox"/> G.E.O. (Grupo especial operaciones) |  |

## Función que desarrolla

- |  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vigilante de tránsito a pie | <input type="checkbox"/> Administrativo          | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Radiopatrullero             | <input type="checkbox"/> Mantenimiento del orden | Indicar tipo _____             |

¿Manipula algún tipo de explosivos?    Sí     No

En caso afirmativo, indique cuál \_\_\_\_\_

## Clase de vehículo utilizado

Moto  c.c.: \_\_\_\_\_     Automóvil     Avioneta\*     Helicóptero\*

\*En su caso, rellenar cuestionario de "Aviación"

## Accidentes

Sí     No    Fecha (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Consecuencias y secuelas:

Estado actual \_\_\_\_\_

## Informaciones adicionales

Indicar otras informaciones y cualquier detalle que la Compañía deba conocer para fijar las condiciones del riesgo de "Servicios de Seguridad".

**Nota:** Si en el futuro Vd. realiza alguna de estas actividades en condiciones distintas de las declaradas, sólo estará cubierto si le han sido fijadas nuevas condiciones de tarificación.

El abajo firmante declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley sobre Contrato del Seguro.

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante