

**CUESTIONARIO DE SEGURO**  
**CREDITOS COMERCIALES**

DEVOLVER DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO A:

BOU & ORBE ASOCIADOS  
Apartado de Correos 8155 46080 VALENCIA

Teléfono: 96 351 1035

Facsímil: 96 337 5210

Correo – e: [eduardobou@wanadoo.es](mailto:eduardobou@wanadoo.es)

La información contenida en este cuestionario, será tratada por BOU & ORBE ASOCIADOS de forma totalmente confidencial y privada.

Los detalles y declaraciones hechas en este cuestionario y cualquier otra información remitida son la base para la(s) póliza(s) propuesta(s) y serán consideradas como incorporadas a y constituyendo parte de la póliza.

## 1. DATOS SOBRE SU EMPRESA

Nombre:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C. I. F.:

Sector de Actividad:

Año de Constitución:

Actividad:

## 2. TIPO DE RIESGO

a) Participación por sectores de sus ventas totales

Sector	%	Sector	%
--------	---	--------	---

b) Ventas Estimadas para este Ejercicio:

c) Ventas del Ejercicio pasado:

d) Estimación de ventas anuales asegurables (por países)

<u>País</u>	<u>Facturación</u>	<u>Medios Transporte</u>	<u>Medios de Pago</u>
-------------	--------------------	--------------------------	-----------------------

## 3. ESTRUCTURA DE SUS DERECHOS DE COBRO

<u>Créditos en euros/dolares</u>	<u>No. de clientes</u>	<u>Saldo Vivo Mensual</u>
0 - 3.000,00 .....		
3.001 - 6.000,00 .....		
6.001 - 12.000,00 .....		
12.001 - 15.000,00 .....		
15.001 - 20.000,00 .....		
20.001 - 30.000,00 .....		
30.001 - 50.000,00 .....		
50.001 - 60.000,00 .....		
60.001 - 75.000,00 .....		
75.001 - 120.000,00 .....		
120.001 - 300.000,00 .....		
300.001 - 600.000,00 .....		
Más de 600.000,00 .....		

a) Número total de clientes/deudores vivos:

b) Saldo mensual pendiente de cobro:

#### 4. HISTORIAL DE PERDIDAS

- No se considera **recobro** la indemnización que proceda de cualquier póliza de seguro
- Se considera **definitivo** todo impago por suspensión de pagos o quiebra o cualquier saldo impagado seis meses después de su vencimiento

a) AÑO/ PERIODO	FACTURACION	FALLIDOS		FALLIDO MAYOR CUANTIA
		Importe Total	No. de Fallidos	
2.001				
2.002				
2.003				
2.004				
2.005				

#### b). CLIENTES CON DEUDAS VENCIDAS

Indiquen todos los clientes que han sobrepasado en más de 90 días el plazo de pago acordado

<u>Nombre del Cliente</u>	<u>País</u>	<u>Importe</u>	<u>Vencimiento de la factura más antigua</u>
---------------------------	-------------	----------------	--

#### c) DESGLOSE DE LOS FALLIDOS DEFINITIVOS Indiquen los fallidos de los 5 años precedentes al actual

<u>Razón Social</u>	<u>Domicilio/Localidad</u>	<u>País</u>	<u>Fecha factura</u>	<u>Deuda</u>
---------------------	----------------------------	-------------	----------------------	--------------

#### 5. CONDICIONES DE PAGO

Pagos contra entrega de Documentos / Contado \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_ % de las ventas a 30 días.

\_\_\_\_\_ % de las ventas a 45 días.

\_\_\_\_\_ % de las ventas a 60 días.

\_\_\_\_\_ % de las ventas a 90 días

\_\_\_\_\_ % de las ventas a 120 días

\_\_\_\_\_ % de las ventas a 150 días

\_\_\_\_\_ % de las ventas a

## 7. INFORMACION GENERAL

- a) Si disponen de Seguro de Crédito, indiquen Aseguradora y Vencimiento de la Póliza
  
- b) Indiquen cualquier observación que consideren relevante

Todas las respuestas contenidas en éste cuestionario, son verdaderas y correctas en el mejor de mi conocimiento y entendimiento.

La entrega de este cuestionario - solicitud no obliga ni a la Empresa o Empresas aquí especificadas, ni a los Aseguradores a emitir una póliza.

Firma .....

Nombre

Cargo

Fecha.....

## Solicitud de Límites de Crédito

	<b>Detalles del Deudor</b>	<b>Limite Requerido</b>
1. Nombre Dirección C.I.F.		
2. Nombre Dirección C.I.F.		
3. Nombre Dirección C.I.F.		
4. Nombre Dirección C.I.F.		
5. Nombre Dirección C.I.F.		