

Devuelva el certificado relleno a:
City of Madison Risk Management
 Attn: Risk Manager
 210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 406
 Madison, WI 53703-3345
608-267-8705 (FAX)
608-266-5965 (TELÉFONO)

Este formulario debe rellenarse en su totalidad

Certificado de seguro



-Para-
Ciudad de Madison
Madison, Wisconsin

El presente certifica al ayuntamiento que las siguientes pólizas descritas se emitieron al asegurado mencionado más abajo y que se encuentran vigentes en este momento.

Nombre del asegurado: _____

Dirección: _____

Este certificado se entrega al ayuntamiento para inducir a esta entidad a que tome una medida oficial, y el ayuntamiento podrá ampararse por dicho certificado.

Descripción de las operaciones aseguradas. _____

Pólizas y compañía de seguros	Límites	Número de póliza	Período de la póliza
Responsabilidad comercial general	Por incidente \$		
	Total \$		
(Compañía de seguros)			
Cobertura de responsabilidad civil comercial para el automotor	Símbolo de cobertura		
	Límite combinado único \$		
(Compañía de seguros)			
Cobertura de responsabilidad civil en exceso	Incidente/Total \$		
	Retención \$		
(Compañía de seguros)			
Indemnización por accidentes laborales	Responsabilidad patronal \$		
	Reglamentario (estados)		
(Compañía de seguros)			
Responsabilidad profesional/de otro tipo	Por siniestro/Otro \$		
	Total \$		
(Compañía de seguros)			

Entran en vigencia las siguientes coberturas y condiciones:

(DEBE CONTESTAR "SÍ" PARA OBTENER APROBACIÓN) **SÍ** **NO**

El ayuntamiento, sus funcionarios y empleados se mencionan en las pólizas de responsabilidad comercial general descritas más arriba como asegurados adicionales en lo que respecta a:

- (a) actividades realizadas para el ayuntamiento por el asegurado o en nombre de este;.....
- (b) productos y operaciones completadas del asegurado mencionado, e.....
- (c) instalaciones de propiedad, arrendadas o utilizadas por el asegurado mencionado.....

Productos y operaciones completadas.

La persona que suscribe enviará por correo postal al ayuntamiento un aviso por escrito dentro de los 30 días posteriores a la cancelación o reducción de la cobertura o de los límites.

Se aplica cobertura de responsabilidad contractual a este contrato.

Este certificado no es una póliza y no modifica, amplía ni cambia de forma alguna la cobertura que ofrecen las pólizas enumeradas en este documento. Sin perjuicio de los requisitos, términos o condiciones de cualquier otro documento de contratistas para el que este certificado de seguro pueda emitirse o referirse, el seguro que ofrecen las pólizas aquí descritas estará sujeto a todos los términos, exclusiones y condiciones de dichas pólizas.

 Agencia o servicios de corretaje

 Nombre de la persona de contacto

 Dirección/Ciudad/Estado/Código postal

 Número de teléfono

 Número de fax

 Compañía de seguros

 Correo electrónico

 Firma autorizada*

 Fecha

*NOTA: La firma autorizada puede ser la del agente si este hizo un seguro a través de un acuerdo de agencias con la compañía de seguros. Si el seguro se obtiene a través de un corredor, la firma autorizada debe ser la del seguro oficial.