

1. RECOMENDACIONES PREVIAS.

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario.

El cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que esté legalmente capacitada y autorizada para la solicitud de seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante.

Es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.

Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda de que constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su correduría de seguros o asegurador.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formará parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.

2. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA.

Razón Social:
Dirección:
Población:

CIF:
Código Postal:
Provincia:

3. ACTIVIDAD.

Descripción completa y detallada acerca de la actividad de su empresa y la de sus filiales, si las hubiere:

4. INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA ACTUAL.

¿Ha tenido o tiene, el solicitante o alguna de sus filiales o participadas o cualquier administrador o directivo de las mismas, un seguro en vigor de Responsabilidad Civil de Administradores y Directivos? Sí. No.

En caso afirmativo, indique:

- + Compañía Aseguradora: _____
- + Límite de Indemnización: _____
- + Franquicia: _____
- + Prima: _____
- + Fecha de Vencimiento: _____
- + Fecha Retroactiva: _____

5. INFORMACIÓN SOBRE LA CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO.

Indique a continuación si la empresa solicitante cumple con los siguientes requisitos: Sí. No.

- Tiene una antigüedad mínima de dos años.
- No existe riesgo en EE.UU. o Canadá (activos, acciones o facturación).
- No se trata de una Empresa Pública.
- No realiza actividades en el sector financiero, aeroespacial, transporte aéreo, informática, telecomunicaciones, farmacéutico, biotecnológico o similares.
- No cotiza en bolsa.
- Dispone de beneficios netos, libres de impuestos, en los dos últimos años.
- Fondos propios positivos en los dos últimos años.
- No ha tenido siniestros ni circunstancias conocidas que puedan dar lugar a una reclamación de R.C. de Administradores y Altos Cargos.

6. FACTURACIÓN DE LA EMPRESA.

Volumen de Facturación a cierre del ejercicio económico anterior, y estimados para el ejercicio en curso:

Ejercicio Anterior: _____

Estimado Presente Ejercicio: _____

7. VOLUMEN DE ACTIVOS DE LA EMPRESA.

Indique el valor de los activos de su empresa a cierre del ejercicio anterior: _____

8. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR SINIESTRO Y ANUALIDAD SOLICITADO.

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 300.000 €. | <input type="checkbox"/> 600.000 €. | <input type="checkbox"/> 1.000.000 €. | <input type="checkbox"/> 1.500.000 €. |
| <input type="checkbox"/> 2.000.000 €. | <input type="checkbox"/> 2.500.000 €. | <input type="checkbox"/> 3.000.000 €. | |

9. COBERTURAS OPTATIVAS.

Si desea incluir la cobertura de Prácticas de Empleo Indebidas por favor rellene las preguntas del **ANEXO I**:

- SI NO

10. FECHA DE EFECTO DE LA PÓLIZA.

___/___/___.

La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud / cuestionario es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

El Solicitante declara que las respuestas y afirmaciones que anteceden, tras haber realizado las averiguaciones e investigaciones pertinentes y necesarias, son verdaderas y correctas, y que todas las cuestiones e información que puedan ser relevantes a efectos del presente Cuestionario han sido reveladas. El Solicitante acepta que esta declaración, junto con las respuestas que anteceden, además de cualesquiera otros datos facilitados por escrito por el mismo o por cualquier persona que actúe en su representación, formarán la base del contrato entre el Asegurado y el Solicitante.

El Solicitante se compromete a informar de la conclusión de cualquier contrato de seguro, de cualquier cambio material en la información ya proporcionada o de cualquier nuevo hecho o información que pueda surgir y sea relevante a efectos del presente Cuestionario.

Por medio de la presente, se le informa de que los datos personales del tomador/asegurado facilitados se incorporarán a un fichero titularidad de **QBE Underwriting Ltd.**, gestor del Sindicato **QBE Casualty Syndicate 386/QBE Syndicate 1886** de LLOYD'S, quien los tratará de acuerdo con los términos de la Ley inglesa de Protección de Datos (UK Data Protection Act 1998), al objeto de la suscripción, celebración y gestión de contratos de seguro y, en especial, para la prestación de servicios, tramitación de propuestas, tramitación de reclamaciones y pago de prestaciones.

ÉVERAT Suscripción, S.A., actuando en su condición de agencia de suscripción, tratará los datos relativos al tomador/asegurado por cuenta del Asegurador, de acuerdo con la ley inglesa de protección de datos de 1988 y únicamente para los fines previstos en su autorización para contratar ("binding authority") otorgada por ciertos Sindicatos de LLOYD'S.

En caso de que se faciliten datos personales de personas físicas o jurídicas distintas del Tomador, la responsabilidad de informar previamente a los mismos será de éste.

Si el Tomador / Asegurado no consintiera la inclusión de los datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

1. Que el contrato de seguro se celebrará con ciertos suscriptores de Lloyd's, con domicilio en 1 Lime Street, Londres, EC3M 7HA, Reino Unido. Lloyd's es una sociedad de miembros suscriptores constituida por ley. El asegurador será el miembro(s) del/los Sindicatos de Lloyd's mencionado(s) en el contrato de seguro. "Lloyd's Sucursal en España" está domiciliada en C/ José Ortega y Gasset, 7, Edificio Serrano 49, 1ª planta, 28006 Madrid, España.

2. Que el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y que, dentro de dicho Estado, la autoridad a quien corresponde dicho control es la Prudential Regulation Authority, con domicilio en 20 Moorgate, Londres, EC2R 6DA, Reino Unido.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6/2004 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Ley 30/1995 de 8 de noviembre (en lo que resulte de aplicación y esté en vigor) y demás normativa española de desarrollo y/o complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.
4. Que las disposiciones relativas a las quejas y reclamaciones serán las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS:

Cualquier reclamación o queja debe dirigirse en primer lugar al mediador de la póliza o al coverholder/agencia de suscripción en España:

ÉVERAT Suscripción, S.A.

C/ Núñez de Balboa, nº 116, 3º, of. 3. 28006 Madrid. España. Tel: 915 624132 / info@cua2007.com

Si no estuviera satisfecho con la manera en que su queja o reclamación ha sido tramitada, puede dirigirla, por escrito, a:

Representante General de Lloyd's en España. (Lloyd's Iberia Representative, SLU)

C/ Pinar, nº 7, 1º derecha. 28006 Madrid. España. Tel: 914 262312 / fax: 914 262394

quien podrá, sin perjuicio de los derechos que le asisten legalmente, referir el asunto al Departamento de Asistencia al Tomador y al Mercado (Policyholder & Market Assistance) de Lloyd's en Londres.

INSTANCIAS EXTERNAS:

- 1) En caso de que las instancias internas hubieran sido insatisfactorias, Ud. podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.
- 2) Ud. está legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros en España a:
Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Paseo de la Castellana, 42. 28046 Madrid España Tel: +34 90219 11 11
<http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp>
Todo lo anterior, sin perjuicio de los derechos que le asisten por ley.
- 3) Ud. podrá reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

En _____, a ___ de _____ de _____.

Firma del Solicitante

Nombre: _____

Cargo: _____

ANEXO I.

Se ruega contestar a todas las preguntas si desea contratar la cobertura de prácticas de empleo Indebidas.

1. Indique el número de Empleados (con contrato indefinido, contrato parcial, y subcontratados por zona)

_____ España _____ Unión Europea. _____ USA/Canadá _____ Resto del Mundo

2. Indique a continuación si la empresa dispone un departamento o personal responsable de Recursos Humanos: Sí. No.

3. Indique a continuación si la empresa dispone de un manual de Recursos Humanos o manual de procedimiento similar: Sí. No.

4. Indique a continuación si la empresa dispone de un Manual de Empleados el cual es repartido entre el personal de la empresa: Sí. No.

5. El número de empleados retirados, despedidos o que hayan causado baja en los últimos doce meses no excede el 10% del número total de empleados: Sí. No.

Si la respuesta es SI facilite una descripción detallada _____

Cuántas resignaciones se han acontecido en los últimos tres meses _____

6. Indique a continuación si la empresa tiene pensado llevar a cabo un ERE (Expediente de Regulación de Empleo) en los próximos 12 meses: Sí. No.

Si la respuesta es SI facilite una descripción detallada _____

7. Indique a continuación si la empresa ha recibido alguna notificación respecto a prácticas de empleo indebidas: Sí. No.

Si la respuesta es SI facilite una descripción detallada _____

8. Indique a continuación si la empresa tiene como actividad principal auditora, en el sector jurídico, en el sector de la enseñanza, Eclesiástico o en el sector del entretenimiento (incluido clubs, bares y discotecas): Sí. No.

La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud / cuestionario es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

El Solicitante declara que las respuestas y afirmaciones que anteceden, tras haber realizado las averiguaciones e investigaciones pertinentes y necesarias, son verdaderas y correctas, y que todas las cuestiones e información que puedan ser relevantes a efectos del presente Cuestionario han sido reveladas. El Solicitante acepta que esta declaración, junto con las respuestas que anteceden, además de cualesquiera otros datos facilitados por escrito por el mismo o por cualquier persona que actúe en su representación, formarán la base del contrato entre el Asegurado y el Solicitante.

El Solicitante se compromete a informar de la conclusión de cualquier contrato de seguro, de cualquier cambio material en la información ya proporcionada o de cualquier nuevo hecho o información que pueda surgir y sea relevante a efectos del presente Cuestionario.

En _____, a __ de _____ de _____.

Firma del Solicitante

Nombre: _____

Cargo: _____