

### 1. RECOMENDACIONES PREVIAS.

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

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que esté legalmente capacitada y autorizada por la empresa que actúa como Tomador de Seguro.

Se deberá aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda de qué constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su corredor de seguros o asegurador.

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. INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA.

¿Ha cambiado la composición de la Actividad de la Empresa respecto al Año Anterior?  Sí.  No.

En caso a afirmativo, complete la información del punto 3.1.

#### 3.1. Actividad

Descripción completa y detallada acerca de la actividad de su empresa:

### 4. VOLUMEN DE FACTURACIÓN POR HONORARIOS.

Ejercicio Anterior: \_\_\_\_\_

Estimado Ejercicio en curso: \_\_\_\_\_

### 5. INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD.

¿Existe alguna circunstancia, suceso o hecho que razonablemente se dedujera que pudiera dar lugar a una reclamación contra la compañía o alguno de sus socios?  Sí.  No.

En caso afirmativo, facilite información completa y detallada:

**NOTA:** Un hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación debe interpretarse en el sentido más amplio posible. Por favor consulte con su Mediador de Seguros para que le asesore en este punto.

En todo caso para que no haya dudas sobre el sentido de la pregunta, debe Ud. declarar cualquier incidencia relacionada con su actividad que exceda de la más estricta normalidad o habitualidad. En particular, cualquier notificación, incidencia o intervención ante cualquier Tribunal o Autoridad, judicial, arbitral o administrativa o en cualquier procedimiento o expediente, cualquiera que sea la calidad en la que Ud. se vea afectado por la incidencia, reciba la notificación o intervenga ante el Tribunal o Autoridad, o en el procedimiento o expediente, puede constituir un hecho relevante que debe ser declarado

**Declaro que las informaciones comunicadas en este cuestionario son verdaderas y que no he omitido voluntariamente ningún hecho. Acepto que las declaraciones hechas en este cuestionario, así como la información facilitada en otros documentos, sirven de base a la póliza y forman parte de la misma. Asimismo, me comprometo a informar al Asegurador de cualquier modificación a estas declaraciones que pudiera tener lugar entre la fecha de este cuestionario y la fecha de efecto de la renovación.**

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@everat.es](mailto:info@everat.es)

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 Declarante

Cargo: \_\_\_\_\_

Sociedad: \_\_\_\_\_