

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 qué constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su corredor 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. TIPO DE ARQUITECTURA.

Persona Física:

Arquitecto Superior

Arquitecto Técnico (Aparejador)

Empresa:

Despacho de Arquitectura Superior

Despacho de Arquitectura Técnica

Despacho de Arquitectura Superior y Técnica

4. ACTIVIDAD.

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

5. DESGLOSE DE ACTIVIDADES.

Actividad	Año Anterior	Año Actual
Diseño y realización de proyectos técnicos de ingeniería	%	%
Ingeniería eléctrica	%	%
Ingeniería civil	%	%
Ingeniería estructural	%	%
Ingeniería de ventilación y de aire acondicionado	%	%
Ingeniería mecánica	%	%
Ingeniería del suelo	%	%
Diseño y realización de proyectos técnicos de arquitectura y urbanismo	%	%
Dirección de obra	%	%
Cálculo de estructuras	%	%
Deslindes, mediciones, replanteos y levantamientos topográficos	%	%
Gestión integral de proyectos	%	%
Proyectos "llave en mano"	%	%
Estudios de viabilidad, tasaciones y/o peritaje	%	%
Coordinador de seguridad y salud laboral	%	%

5. DESGLOSE DE ACTIVIDADES (continuación).

Actividad	Año Anterior	Año Actual
Organismo de Control Técnico (O.C.T.)	%	%
Organismo de Control Autorizado (O.C.A.) / Entidad de Inspección	%	%
Diseño y realización de estudios y proyectos técnicos de topografía y cartografía	%	%
Estudios geotécnicos, geológicos e hidrogeológicos	%	%
Laboratorio de control / ensayos de calidad de materiales de construcción	%	%
Estudios de impacto medioambiental	%	%
Túneles, puentes, plantas petroquímicas, puertos y aeropuertos	%	%
Control y asesoramiento en sistemas de gestión de calidad y gestión medioambiental	%	%

6. INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA.

6.1. Fecha de constitución / Inicio de actividad

__ / __ / ____.

6.2. Volumen de Facturación por Honorarios

Ejercicio Anterior: _____ Estimado Ejercicio en curso: _____

6.3. Ámbito Territorial

¿Realiza trabajos fuera de la Unión Europea? Sí. No.
 En caso afirmativo, ¿Realiza trabajos en Estados Unidos y/o Canadá? Sí. No.

¿Realiza trabajos relacionados con el Medioambiente? Sí. No.
 En caso afirmativo, indique de forma completa y detallada el tipo de trabajos realizados:

6.4. Trabajos Realizados

Indique el porcentaje de trabajos destinados a la construcción de:

	Año Anterior	Año Actual
Viviendas y Urbanizaciones	%	%
Comercios	%	%
Naves Industriales	%	%
Obra Civil	%	%
Oficinas y Despachos	%	%
Clínicas y Hospitales	%	%
Otros (detallar)	%	%

Indique las tres principales constructoras con las que haya trabajado en los últimos 10 años, y los principales trabajos realizados, igualmente indique si excede en 5 millones de euros el valor de obra:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

¿Es conocedor del cese de actividad de alguna de las constructoras indicadas? Sí. No.

En caso afirmativo, indique de forma completa y detallada la constructora en cuestión y detalle los trabajos realizados para la misma:

7. INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA ACTUAL.

¿Ha tenido o tiene un seguro en vigor de Responsabilidad Civil Profesional? Sí. No.

En caso afirmativo, indique:

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

8. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR SINIESTRO SOLICITADO.

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 300.000 €. | <input type="checkbox"/> 600.000 €. | <input type="checkbox"/> 750.000 €. | <input type="checkbox"/> 1.000.000 €. |
| <input type="checkbox"/> 1.250.000 €. | <input type="checkbox"/> 1.500.000 €. | <input type="checkbox"/> 1.750.000 €. | <input type="checkbox"/> 2.000.000 €. |
| <input type="checkbox"/> 2.250.000 €. | <input type="checkbox"/> 2.500.000 €. | <input type="checkbox"/> 2.750.000 €. | <input type="checkbox"/> 3.000.000 €. |

9. FRANQUICIA SOLICITADA

- 1.500 €. 2.000 €. 2.500 €. 3.000 €. 6.000 €.

10. 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 concreto,

¿Ha certificado o es conocedor de daños o desperfectos en alguna obra en la que usted haya intervenido? Sí. No.

¿Ha habido algún accidente con daños personales en alguna obra en la que haya participado? Sí. No

¿Ha asistido a reuniones motivadas por alguna incidencia en alguna obra? Sí. No

En caso afirmativo, indique si se ha realizado comunicación su anterior Compañía aseguradora. Sí. No

¿Le ha sido realizada alguna reclamación o comunicación por negligencia, error u omisión por daños en los últimos 10 años? Sí. No.

En caso afirmativo, facilite información completa y detallada: importe reclamado, entidad aseguradora obligada al pago, reservas pendientes y pagos efectuados:

NOTA: Tenga presente que se entiende por cualquier hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación, cualquier notificación por escrito o verbal, carta, fax, buro fax, carta certificada, queja verbal, email, realizada a la empresa o a cualquiera de sus socios, empleados o personas por las que legalmente deba responder antes de la toma de efecto del contrato de seguro.

11. 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 en las cuatro hojas de esta solicitud, 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 y además no ha omitido ninguna información que de haber sido conocida por la aseguradora habría de influir en la prima de seguro o en la negativa a formalizar la contratación de la póliza. El Solicitante acepta que esta declaración que consta de cuatro hojas firmadas todas ellas por el solicitante, 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 Asegurado, 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 Asegurado 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

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: _____