

Cuestionario de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Abogados

DE EMITIRSE UNA PÓLIZA, ÉSTA SERÁ UN SEGURO DE TIPO “CLAIMS MADE” O DE RECLAMOS HECHOS

Sección 1 – INFORMACIÓN GENERAL

1. a) Nombre de la Sociedad:
- b) Dirección:
- c) Dirección de su página Internet (en caso de existir):
- d) Fecha de constitución:
- e) Enumerar empresas que requieran cobertura bajo la póliza (incluyendo filiales):

Por favor, tenga en consideración que las siguientes preguntas se refieren a todas las sociedades a asegurar bajo la póliza.

2. ¿Durante los últimos 6 años, ¿ha cambiado el nombre del Despacho o ha tenido lugar alguna fusión o adquisición? Si No
En caso afirmativo, por favor especificar
3. Por favor, enumere la cifra total de:

	Categoría Profesional	Número
(i)	Socios / Gerentes / Directivos	
(ii)	Abogados	
(iii)	Resto del personal	
	Total de la plantilla	

Sección 2 – ACTIVIDADES PROFESIONALES Y DETALLE DE INGRESOS

4. Por favor, indiquen facturación total de honorarios / ingresos brutos:

En USD o moneda local	Año anterior	Año Actual	Próximos 12 meses
Trabajos para clientes de <indicar país>			
Trabajos para clientes de EE.UU. / Canadá			
Trabajos para clientes del resto del mundo			

5. Por favor indiquen los tipos de actividad llevadas a cabo y la distribución aproximada que representa cada una de ellas en su facturación total de honorarios/ingresos brutos:

	Actividad	
(i)	Trabajos en relación con Fusiones y Adquisiciones, así como en emisiones públicas de valores.	%
(ii)	Trabajos para Bancos de Inversión, Comisionistas de Bolsa, entidades financieras especializadas, y cualquier otra entidad de financiación.	%
(iii)	Asesoramiento en inversiones financieras, incluyendo planes de pensiones, seguros de salud, y otros beneficios de empleados	%
(iv)	Trabajos para Sociedades de promoción / inversión inmobiliaria (incluyendo traspaso de negocio)	%
(v)	Trabajos para Corredurías de Seguros, Compañías Aseguradoras, Agencias de Suscripción u organizaciones similares. (sin incluir servicios de asesoramiento en la tramitación de siniestros)	%
(vi)	Derecho mercantil y societario (excluyendo traspaso de negocio)	%
(vii)	Patentes / Marcas / Propiedad Intelectual	%
(viii)	Litigios marítimos	%
(ix)	Derecho Penal	%
(x)	Derecho Fiscal	%
(xi)	Derecho Concursal	%
(xii)	Otros (Laboral, Administrativo, ...por favor especificar)	%
	Total	100%

6. a) ¿Cuáles son los cambios sustanciales que prevé en las cifras indicadas en la pregunta 5, durante los próximos 12 meses?
 b) ¿Tiene la Sociedad alguna representación en EE.UU. o Canadá? En caso afirmativo, por favor, especificar Si No
7. a) Por favor, especificar qué proporción del volumen total de negocio del Despacho se halla subcontratado a terceros
 b) En caso de existir subcontratación, describan los servicios que comprende y faciliten un modelo del contrato que utilizan.
 c) ¿Exigen a los subcontratistas que tengan su propio seguro de responsabilidad civil profesional? Si No

Sección 3 – CONTROLES INTERNOS

8. ¿Han obtenido alguna certificación de Control de Calidad (ISO o similar)? Si No
9. ¿Utilizan con sus clientes contratos estándar revisados por asesores legales? Si No
10. a) ¿Ha sufrido la Sociedad alguna pérdida como consecuencia de un acto deshonesto o fraudulento cometido en algún momento por algún Socio, Gerente Directivo o Empleado? Si No
 En caso afirmativo, especificar
- b) ¿Conoce la Sociedad algún hecho o circunstancia que pudiera originar una pérdida por acto deshonesto o fraudulento cometido en algún momento por algún Socio, Gerente Directivo o empleado? Si No
 En caso afirmativo, especificar
- c) ¿Cuándo la Sociedad contrata empleados, solicita siempre referencias sobre ellos, o sólo cuando se trata de contratar personas con experiencia?
 Siempre
 Sólo personas con experiencia
- Tipo de referencias: Escritas Verbales
11. ¿Tiene algún empleado autorización para firmar cheques y/o para autorizar pagos, transferencias con su única firma? En caso afirmativo, especificar nombre, cargo, antigüedad en el cargo y límites de autorización Si No

Sección 4 – COBERTURA PREVIA Y OPCIONES DE COBERTURA

12. a) Por favor, detallen a continuación qué seguros de responsabilidad civil profesional han tenido contratados en los últimos tres años:

Periodo	Asegurador	Limite	Deducible	Prima

- b) ¿Ha sido denegada, cancelada o no renovada alguna propuesta de seguro de Responsabilidad Civil Profesional a la Sociedad o a sus predecesores en la actividad o a algún Socio / Gerente / Directivo? Si No
 En caso afirmativo, especificar las razones.
13. Por favor, especificar los límites de indemnización y deducibles para los cuales desean cotización:

Limites	Deducibles

Sección 5 - RECLAMOS Y CIRCUNSTANCIAS

14. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún reclamo que se haya efectuado contra la Sociedad o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores o Gerentes pasados o actuales? Si No
15. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación contra la Sociedad o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores o Gerentes pasados o actuales? Si No

Si han contestado afirmativamente a las preguntas 14 y/o 15 cada hecho o circunstancia debe detallarse previamente para obtener una cotización. NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SERIAMENTE SUS DERECHOS, en caso de que tenga lugar una reclamación.

ESTE CUESTIONARIO ES UN DOCUMENTO CONFIDENCIAL, SU FIRMA NO VINCULA A LA SOCIEDAD NI AL ASEGURADOR A SUSCRIBIR UNA PÓLIZA DE SEGURO, PERO SE CONVIENE QUE ESTE CUESTIONARIO SERVIRÁ DE BASE AL CONTRATO SI SE EMITIERA UNA PÓLIZA, Y SE ADJUNTARÍA Y FORMARÍA PARTE DE LA MISMA.

Declaración

Declaro que las informaciones comunicadas en este cuestionario son verdaderas y que no he omitido voluntariamente ni suprimido cualquier 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 el Asegurador de cualquier modificación a estas declaraciones que pudiera tener lugar entre la fecha de este cuestionario y la fecha de efecto de la póliza.

Firmado
Cargo
<i>(para ser firmado por el Socio/ Directivo/ Administrador o equivalente)</i>	
Sociedad
Fecha