

Cuestionario de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Profesiones Específicas

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

Sección 1 – INFORMACIÓN GENERAL

- a) Nombre de la Sociedad:
- b) Dirección:
- c) Fecha de constitución:
- d) Dirección de su página de Internet (en caso de existir):
- f) 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.

Sección 2 – ACTIVIDADES PROFESIONALES Y DETALLE DE INGRESOS

1. Por favor, describan exactamente:

a) Actividad de la sociedad:

b) Número total de empleados:

| Socios / Gerentes / Directivos | | Empleados | |
|--------------------------------|--|-----------|--|
| | | | |

2. ¿Durante los últimos 3 años, ¿ha cambiado el nombre de la Sociedad o ha tenido lugar alguna fusión o adquisición? En caso afirmativo, por favor especificar Si No

3. ¿Tiene la Sociedad alguna filial o activos en EE.UU. y/o Canadá? En caso afirmativo, por favor especificar Si No

4. Por favor, especificar qué proporción del volumen total de negocio de la Sociedad se halla subcontratado a terceros: -----%

5. ¿Exigen a los subcontratistas que tengan su propio seguro de responsabilidad civil profesional? Si No

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

| Actividades | Año actual | Próximos 12 meses. |
|--------------|------------|--------------------|
| | % | % |
| | % | % |
| | % | % |
| Total | % | % |

7. Realiza la Sociedad algún trabajo en alguna de las siguientes áreas:

a) Negocio de asesoramiento en inversiones financieras, incluyendo planes de pensiones, seguros de salud, y otros beneficios de empleados Si No

b) Cualquier auditoría/ inspección en materia de seguridad o de medio ambiente Si No

c) Trabajos relacionados con la construcción / ingeniería y/o valoraciones y/o inspecciones del estado de las obras Si No

d) Cualquier diseño, fabricación, distribución o mantenimiento de cualquier producto Si No

En caso de contestar afirmativamente a cualquiera de los apartados anteriores, por favor detallen a continuación.

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 capital 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 | |