

Cuestionario de Responsabilidad Civil de Administradores y Personal de Alta Dirección *D & O Proposal Form*

Se ruega leer estas notas orientadoras antes de rellenar el Cuestionario.

El Cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil en base a Reclamaciones. El Contrato de Seguro ampara las Reclamaciones que se formulen por primera vez contra el Asegurado 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 suscribir la solicitud de seguro de responsabilidad civil en representación de 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 a su Corredor de Seguros o al Asegurador.

Este Cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formara parte de cualquier Contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

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

A) DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

Tomador del Seguro:

C.I.F.:

Dirección:

.....
.....
.....

Fecha de creación de la sociedad Tomadora del Seguro:

Si es menor a 12 meses adjuntar Plan de Negocio.

Forma Legal:

Descripción completa y detallada acerca de la actividad de la sociedad Tomadora del Seguro y de sus Sociedades Filiales.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Durante los últimos 5 años:

(a) ¿Se ha cambiado el nombre o denominación de la sociedad Tomadora del Seguro?

(b) ¿Ha cambiado la distribución del Capital Social/ Accionariado de la sociedad matriz?

(c) ¿Se está considerando o se ha producido alguna fusión, adquisición o venta de la sociedad Tomadora del Seguro o alguna de sus Sociedades Filiales?

(d) ¿Existe alguna propuesta conocida por la sociedad Tomadora del Seguro sobre una adquisición por otra entidad?.....

(e) En caso de haber respondido afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, por favor dar detalles:

.....
.....
.....
.....
.....

¿Ha anunciado públicamente la sociedad Tomadora del Seguro alguna emisión de oferta pública de venta de valores durante los próximos 12 meses?

Indique la distribución actual del capital social y su representación en los órganos de administración.....
.....
.....

¿Tiene la sociedad Tomadora del Seguro radicados en Estados Unidos y/o Canadá algún tipo de Activo, Sociedad Filial, valores, acciones, obligaciones, deuda, fondos propios o papel comercial, en caso afirmativo indicar el nombre y el porcentaje?

.....
.....
.....

¿Tiene la sociedad Tomadora del Seguro algún accionista que posea más del 25% del capital social de la misma? Si es así indicar el porcentaje.....

¿Tiene la sociedad Tomadora del Seguro Sociedades Filiales y Sociedades Participadas?

(a) Indique las Sociedades Filiales y Sociedades Participadas y su participación.

.....
.....
.....
.....

(b) Indique las Sociedades Filiales y/o Sociedades Participadas que desean incluir en cobertura.

.....
.....
.....
.....

¿Tienen actualmente seguro de responsabilidad Civil de Administradores y Directivos la sociedad Tomadora del Seguro, alguna de sus Sociedades Filiales, Sociedades Participadas o alguno de sus Administradores o Altos Cargos?.

Si No

En caso afirmativo, proporcione información detallada.

Compañía Aseguradora.....

Límite de Indemnización

Prima.....

Fecha de la Renovación:

Indique el límite de indemnización solicitado.

€ 300.000,00		€ 600.000,00		€ 1.200.000,00
€ 1.500.000,00		€ 2.000.000,00		€ 3.000.000,00
€ 4.500.000,00		€ 6.000.000,00		

Información Financiera:

(a) Activo Circulante.....

(b) Total Activos.....

(c) Pasivo Circulante.....

(d) Capital Social.....

(e) Resultado del Ejercicio.....

(f) Fondos Propios.....

B) INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD

1. Indique si la sociedad Tomadora del Seguro o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Sociedades Participadas o alguna de las personas para las que se solicita este seguro se ha visto en los últimos 5 años afectada por una Reclamación en su contra o por una investigación por parte de cualquier autoridad competente. Si es así, rogamos facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

Si No

.....
.....
.....
.....

2. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una Reclamación contra la sociedad Tomadora del Seguro, Sociedades Filiales o Sociedades Participadas o contra cualquier persona para las que se solicita este seguro?. Si es así, rogamos facilite información completa y detallada.

Si No

.....
.....
.....
.....

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, ya sea 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.

C) DECLARACIÓN

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones, firme y féchelas.

Nosotros declaramos que este Cuestionario ha sido cumplimentado después de haber realizado las averiguaciones e investigaciones pertinentes y necesarias; su contenido es verdadero y correcto y; todas las cuestiones e información que puedan ser relevantes a efectos del presente Cuestionario han sido reveladas.

Nosotros nos comprometemos a informarles 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.

Nosotros acordamos que este Cuestionario y cualquier otra información por escrito que se proporcione se incorporará y formará parte del Contrato de Seguro.

We agree that this Proposal Form and all other written information, which is provided, are incorporated into and form the basis of the Insurance Contract.

Firma:		Cargo:	
--------	--	--------	--

Sociedad:Tomadora del Seguro:		Fecha:	
-------------------------------	--	--------	--

INFORMACIÓN PRECONTRACTUAL.

De acuerdo con los artículos 81, 53, 60 y concordantes de la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y del Reglamento que lo desarrolla, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura, declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebrará, en su caso, en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL International Insurance Company Limited, Sucursal en España, con domicilio en C/ Velázquez, 17, 2º Dcha, 28001 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización Nº E 163.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es el Reino Unido y la Autoridad de Control es la "Financial Services Authority", con domicilio en 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HSM, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro y, la Ley 30/1995 de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y demás normativa española de desarrollo.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

A) INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACIÓN:

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrán Ud. dirigirse por escrito, al Corredor que intermedió la póliza, en su caso.

En caso de no quedar satisfecho con el modo en que se tramita su Reclamación, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito a:

Servicio de Atención al Cliente

Titular del Servicio: D. Javier de Dios Morales

C/ Serrano, 37

28001 Madrid

Teléfono: 91 781 63 00

Fax: 91 575 86 69

E-mail: atonciemarkel@terra.es

B) INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACIÓN:

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá Ud. someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de 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.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

Respecto de los datos personales consignados en este documento, el Solicitante, como titular de tales datos, declara haber sido informado de que los mismos se integrarán en un fichero automatizado, así como de que serán almacenados y tratados para los fines propios de este fichero y para, en su caso, dirigirle información sobre ofertas comerciales del Asegurador. Los datos personales exigidos en este contrato son necesarios para evaluar el riesgo cuya cobertura se solicita, dar curso al mismo, así como para su desarrollo, cumplimiento y control. El titular de los datos podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación o cancelación remitiendo un escrito al domicilio del Asegurador.

Cualquier forma de cesión de los datos personales contenidos en el presente documento requerirá el previo consentimiento escrito del Solicitante/titular, salvo en los casos en que dicha autorización previa no es necesaria de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la vigente Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Firmado:



C/ Velázquez, 17, 2º Dcha, 28001 Madrid, España
Tel: +34 91 788 6150 Fax: +34 91 788 6160
www.markelinternational.es