



Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Administradores y Altos Directivos

AVISO IMPORTANTE

Por favor lea atentamente las siguientes notas antes de rellenar el cuestionario

Su PÓLIZA de Responsabilidad Civil Profesional está emitida en base a RECLAMACIONES. Esto significa que su PÓLIZA responde a:

- 1) RECLAMACIONES que se formulen contra el ASEGURADO por primera vez durante el PERIODO DE SEGURO y se notifiquen al ASEGURADOR durante dicho PERIODO DE SEGURO, **siempre que el ASEGURADO no tenga conocimiento en ningún momento con anterioridad a la Fecha de Efecto de circunstancias que pudiera razonablemente dar lugar a una RECLAMACION y**
- 2) El ASEGURADOR no será responsable bajo la PÓLIZA de RECLAMACIONES que se formulen con posterioridad a la fecha de vencimiento del PERIODO DE SEGURO aunque el evento que haya dado lugar a la reclamación haya ocurrido durante la vigencia de la PÓLIZA.

Al rellenar el cuestionario, tiene que declarar y facilitar información completa y detallada de las circunstancias que sea conocidas por el ASEGURADO y que razonablemente puedan dar lugar a una RECLAMACIÓN.

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante.

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.

1. Datos generales

Tomador de la Póliza:		C.I.F.:	
Domicilio Social:			
Ciudad:		C.P.:	
Teléfono:		Email:	
Actividad de la Empresa:			
Nombre Completo de la persona que firma el cuestionario:			



2. Sociedad

2.1	¿El tiempo durante el cual la sociedad tomadora se encuentra desarrollando su actual actividad es inferior a tres años?	SI		NO	
	En caso afirmativo, ¿Se constituyó hace menos de un año?	SI		NO	

2.2	Durante los últimos tres años, ¿ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras sociedades?	SI		NO	
	En caso afirmativo, ¿Se ha producido en el último año?	SI		NO	
	Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles				

2.3	¿Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc., de otras sociedades? ¿Existe alguna propuesta de adquisición por parte de otra sociedad? ¿Está considerando la cotización en bolsa de sus acciones?	SI		NO	
	Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles				

2.4	¿La sociedad cotiza sus acciones en bolsa actualmente?	SI		NO	
	En caso afirmativo, ¿Cotiza sus acciones en USA y/o Canadá?	SI		NO	

2.5	¿Tiene la sociedad algún accionista que posea más del 25% del capital social de la misma?	SI		NO	
	Si la respuesta es afirmativa, por favor indicar nombre y porcentaje				

2.6	¿La sociedad tiene compañías filiales?	SI		NO	
	En caso afirmativo, ¿Desea incluirlas?	SI		NO	

Nota: Si desea incluir las Sociedades Filiales deberá disponer el Balance de Situación y la Cuenta de Pérdidas y Ganancias consolidadas para la matriz y las empresas filiales que se desean incluir.

2.7	¿Tiene la sociedad radicados en Estados Unidos y/o Canadá algún tipo de Activo, compañía filial o subsidiarias, valores, acciones, obligaciones, deuda, fondos propios o papel comercial?	SI		NO	
	Si la respuesta es afirmativa, por favor indicar nombre y porcentaje				



2.8	¿Tiene el tomador del seguro y/o alguna de las personas para las que se propone este seguro conocimiento de alguna circunstancia o incidente que en su opinión pueda dar lugar a futuras reclamaciones dentro del ámbito de este seguro o, existe o existió algún tipo de reclamación con relación al riesgo asegurado?	SI		NO	
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles					
2.9	¿Ha dejado de cumplir alguna vez con sus obligaciones, deudas, convenios o créditos durante los tres últimos años?	SI		NO	
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles					
2.10	¿Existe en el informe de auditoría algún tipo de calificación, comentario, observación sobre la sociedad o, se indica alguna responsabilidad o aspecto extraordinario en dicho informe?	SI		NO	
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles					

Nota: Todas las preguntas deberán estar contestadas, de lo contrario no se dará ningún tipo de indicación o cotización.

3. Información Financiera

Activo Circulante:	
Facturación:	
Pasivo Circulante:	
Pasivo a Largo Plazo:	
Resultados del Ejercicio:	
Fondos Propios:	

Es imprescindible disponer el último Balance Contable de la empresa incluyendo el Informe de Auditoría, de lo contrario no se podrá dar ningún tipo de indicación o cotización



DATOS BANCARIOS

Autorizo a **DUAL Ibérica Riesgos Profesionales, S.A.U. con CIF A82111030 (Agencia de Suscripción)**; a cargar los recibos correspondientes, en la siguiente entidad bancaria:

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DECLARACIÓN

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas.

Además el abajo firmante declara que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad para actuar como su agente con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a esta solicitud y a la Póliza.

El abajo firmante se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud.

La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.

Se acuerda que esta solicitud, junto con cualquier otra información facilitada se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de seguro.

Firmado		Cargo	
Sociedad		Fecha (día, mes, año)	

* Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten con su Corredor o Agente, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En relación con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incluidos en los ficheros responsabilidad de DUAL IBERICA RIESGOS PROFESIONALES, S.A.U.,Plaza de la Lealtad 2, 2ª Planta, 28014 Madrid, ante quien puede ejercer sus derechos conforme a lo establecido en la citada ley.