Cuestionario para la Cancelación de Espectáculos

Responsabilidad Civil

DUAL

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.

Datos generales

Tomador de la Póliza		C.I.F. / N.I.F.	
Domicilio Social			
Ciudad		C.P.	
Teléfono		Email	

Actividad - Evento

¿Cuál es la actividad normal del Tomador de la Póliza y cuanto tiempo lleva desarrollándola?

Nombre del evento	

Descripción del evento o espectáculo a asegurar

Lugar del evento

El/los evento(s) o espectáculo(s) que se quiere(n) asegurar, ¿forman parte de una gira, serie, promoción o parte de una gran producción?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor indique cuál.

Fecha

Fecha(s), horario(s) y presupuesto(s) del(los) espectáculos(s) o evento(s) a asegurar. Si fuese más de un espectáculo o evento, se precisará información adicional sobre el itinerario completo, con los días, horas y presupuestos de cada espectáculo.

Evento Tour

Si el evento a asegurar en un tour, indique cuál es el método de transporte que van a utilizar para la/s persona/s asegurada/s

¿Coche, avión o cualquier otro medio de transporte?

¿Los equipos?

Evento espectáculo

¿Algún evento o espectáculo se va a desarrollar al aire libre o en local no permanente?

Si ☐ No ☐

¿El escenario o el área donde el artista/s actúa/n está cubierto?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta es negativa, indique si los equipos eléctricos están bien protegidos

Si ☐ No ☐

¿El evento está expuesto a la acción del viento, inundación?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor de detalles.

Si no fuese la primera vez que este espectáculo o evento se haya organizado con este productor u otro, por favor indíquenos si tuvieron siniestro.

¿Dispone de todos los permisos y licencias necesarios? Si ☐ No ☐

Por favor indique el aforo del evento

Información adicional

¿Se han tomado todas las medidas necesarias para garantizar el desarrollo del espectáculo o evento?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese negativa, por favor de detalles.

Detalles del presupuesto:

Costes (honorarios del artista)		Derechos de T.V.	
Gastos (coste de producción)		Costes de promoción	
Comisión		Otros derechos (por favor especifique)	
Sponsor		Otros gastos	
Gastos de publicidad		Beneficio Neto estimado	
		TOTAL	

Las cantidades arriba especificadas ¿representan el total del presupuesto?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese negativa, por favor de detalles

¿Ha tenido el Asegurado algún siniestro durante su trayectoria profesional respecto a cualquier evento o espectáculo organizado por el?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor de detalles

Coberturas adicionales

¿Desea cobertura para la Responsabilidad Civil de la organización del evento?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor indique el límite.

¿Desea cobertura para la R.C. Locativa?

Si ☐ No ☐

Anexo de incomparecencia

Para el propósito de cualquier seguro como resultado de este cuestionario, la cobertura se limitará a la/s persona/s indicadas en el anexo

Información asegurados

Información detallada de todas las personas a asegurar: nombre(s), edad(es) y tipo de actuación que realizan

¿Algunas de las personas a asegurar bajo la cobertura de incomparecencia, ha sufrido algún siniestro cubierto por esta garantía?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor de detalles

¿Se ha establecido algún tipo de provisión en caso de tener que sustituir al artista asegurado?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor de detalles

Por favor detalle si el/los artista/s a asegurar padecen enfermedad física, psicológica o algún tipo de problema médico

Anexo de incomparecencia

Para el propósito de cualquier seguro como resultado de este cuestionario, la cobertura se limitará a la/s persona/s indicadas en el anexo

Información asegurados

Información detallada de todas las personas a asegurar: nombre(s), edad(es) y tipo de actuación que realizan

¿Algunas de las personas a asegurar bajo la cobertura de incomparecencia, ha sufrido algún siniestro cubierto por esta garantía?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor de detalles

¿Se ha establecido algún tipo de provisión en caso de tener que sustituir al artista asegurado?

Si ☐ No ☐

Si la respuesta fuese afirmativa, por favor de detalles

Por favor detalle si el/los artista/s a asegurar padecen enfermedad física, psicológica o algún tipo de problema médico

Declaración

El abajo firmante declara, en su nombre, 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 las Sociedades 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.

Firma

Cargo

Sociedad

Fecha (día, mes, año)

Protección de datos personales

En relación con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo), le informamos que sus datos serán tratados, por cuenta de los Aseguradores que forman parte de sus respectivos contratos de suscripción, conforme a lo establecido en el citado Reglamento para la ejecución de un contrato de seguro siendo sus finalidades la suscripción y gestión de pólizas de seguro y, en especial, la prestación de servicios, tramitación de propuestas, tramitación de reclamaciones y pago de siniestros. A los efectos oportunos y para el ejercicio de sus derechos legalmente reconocidos puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos de la Agencia de Suscripción DUAL Ibérica Riesgos Profesionales SAU en la dirección dualdatos@dualiberica.com. Dichos datos personales serán mantenidos debidamente protegidos mientras esté vigente el contrato de seguro.

Para ampliar información sobre nuestra Política de Privacidad puede acudir a:
http://www.dualiberica.com/files/documents/Clausula_Proteccion_de_Datos.pdf

DUAL Ibérica Riesgos Profesionales SAU

Plaza de la Lealtad 2, 2º pl. - 28014 Madrid

T +34 913 691 258
F +34 914 295 925
E dualiberica@dualiberica.com

dualinsurance.com

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 13457, Libro 0, Folio 26,
Sección 8ª Hoja M-218419, CIF: A82111030