

Cuestionario RC Profesional para entidades de Capital Riesgo

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.

1. Datos generales

1.1 Tomador de la Póliza

CIF

Domicilio social

Ciudad

CP

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
2.2	¿Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc., de otras sociedades?	Si	No
2.3	¿Ha tenido lugar alguna venta de una sociedad filial o entidad participada?	Si	No
2.4	¿Ha cambiado la estructura del capital social de la sociedad?	Si	No

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

2.5 Indique el volumen total de activos gestionados por la sociedad

3. Estructura del capital de la sociedad

3.1	¿La sociedad cotiza sus acciones en bolsa actualmente?	Si	No
3.2	¿Tiene la sociedad algún accionista que posea más del 25% del capital social de la misma?	Si	No

Si la respuesta es afirmativa, indique quien es y su porcentaje de participación:

3.3	¿Es su accionista mayoritario una entidad u organismo público?	Si	No
-----	--	----	----

Si la respuesta es afirmativa, indique quien es y su porcentaje de participación:

3.4	¿Tiene los fondos gestionados por la sociedad su propio seguro de D&O?	Si	No
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:			

4. Perspectivas de futuro

4.1	¿Tiene la sociedad actualmente en consideración o pendiente alguna adquisición, oferta o fusión?	Si	No
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:			

4.2	¿Tiene la sociedad conocimiento de alguna propuesta relativa a su adquisición por otra sociedad en el próximo año?	Si	No
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:			

4.3	¿Tiene la sociedad intención de hacer una oferta pública o privada de acciones en el próximo año?	Si	No
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:			

5. Seguros previos o en vigor

5.1 ¿Tiene la sociedad actualmente un seguro en vigor?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, indique quien es y su porcentaje de participación:

Asegurador

Límite de indemnización

Fecha de Vencimiento

5.2 ¿Ha rechazado alguna vez algún Asegurador ofrecerle términos de cotización?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

6. Detalles de su Exposición en Norte América

Únicamente deberá cumplimentar estas preguntas si requiere cobertura para reclamaciones formuladas en los Estados Unidos de América o cobertura para reclamaciones formuladas en cualquier parte que surjan de las operaciones de la Sociedad en los Estados Unidos de América.

6.1 Por favor, indique los ACTIVOS TOTALES de sus sociedades filiales establecidas en Estados Unidos o Canadá

6.2 Por favor liste todas las sociedades filiales en Estados Unidos / Canadá que no pertenecen totalmente a la Sociedad, indicando el porcentaje de participación así como los accionistas que poseen el resto.

7. Información sobre reclamaciones o circunstancias

7.1 ¿Ha habido o hay pendiente alguna reclamación contra la Sociedad o algunas de sus Filiales?

Si	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

7.2 ¿Ha habido o hay pendiente alguna demanda, reclamación o procedimiento contra cualquier persona para las que se propone este seguro en su cargo como Consejero, Administrador, Socio o Empleado de la Sociedad Tomadora del Seguro o sus sociedades filiales, fondos, entidades participadas u otra compañía propuesta para este seguro?

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

7.2 ¿Ha habido o hay pendiente alguna demanda, reclamación o procedimiento contra cualquier persona para las que se propone este seguro en su cargo como consejero, administrador, socio o empleado de la Sociedad Tomadora del Seguro o sus sociedades filiales, fondos, entidades participadas u otra compañía propuesta para este seguro?

Si	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

7.3 ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro conocimiento de alguna circunstancia, situación, acto incorrecto o incidente que en su opinión pueda dar lugar a futuras reclamaciones dentro del ámbito de este seguro?

Si	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

7.4 ¿Ha sido la Sociedad, algún administrador, consejero, directivo, socio, o empleado objeto de alguna sanción disciplinaria?

Si	No
----	----

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

8. Información adicional

8.1 Sociedades filiales

Entidad perteneciente a un mismo grupo que constituyan una unidad de decisión por el hecho de que la SOCIEDAD controle o pueda controlar directa o indirectamente las decisiones de la SOCIEDAD FILIAL con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza.

- Por Favor complete la hoja (A) detallando todas las sociedades filiales y cualquier sociedad filial que haya sido vendida.

Información sobre el Fondo

Patrimonios separados sin personalidad jurídica pertenecientes a una pluralidad de inversores cuya gestión y representación corresponde a una SOCIEDAD que ejerce las facultades de dominio sin ser propietaria del FONDO.

- Por favor complete la hoja (B) detallando todos los Fondos para las que se requiera que el seguro sea de aplicación.
- Para cada Fondo, por favor facilite copia del folleto y la más reciente Información Financiera.

Información sobre la cartera de la Sociedad

Entidades distintas del FONDO o SOCIEDAD FILIAL en la que la SOCIEDAD o el FONDO mantiene o mantuvo una inversión patrimonial.

- Por favor complete la hoja (C) dando detalles de todas las Entidades en las que participa.
- Si la información está disponible facilitando copia del último informe trimestral del fondo, por favor adjunte copias a este cuestionario.

Otra documentación

Entidades distintas del FONDO o SOCIEDAD FILIAL en la que la SOCIEDAD o el FONDO mantiene o mantuvo una inversión patrimonial.

- Últimas cuentas anuales completas y auditadas de la Sociedad
- Un esquema de su organización

Datos bancarios

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

IBAN



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.

Firma

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 de Seguros, 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 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.

Hoja A – Sociedades Filiales

Nombre de la Sociedad Filial	Fecha de creación o adquisición	Porcentaje de participación	Actividad de la Sociedad	Sociedad matriz	Facturación total	Activos totales	Resultados netos
		%					
		%					
		%					
		%					

La cobertura de la póliza solo operará para las **Sociedades Filiales** que se listen en el cuadro.

Hoja B – Fondos

[illegible]

La cobertura de la póliza solo operará para las **Fondos Filiales** que se listen en el cuadro

Hoja C – Entidades Participadas

Nombre de la Entidad	Fecha de inversión	Fecha de des-inversión	Actividad	% Participac (Indique a traves de que Fondo)	Inversión realizada	Valor actual o en el momento de la des-inversión	Posición en el órgano de administración	Póliza de D&O en vigor
				%				
				%				
				%				
				%				
				%				
				%				
				%				

La cobertura de la póliza solo operará para las **Entidades Participadas Filiales** que se listen en el cuadro.

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

