

Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Administradores y Altos Directivos

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:

Telefono

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 cumplimentar el Anexo I del cuestionario.			
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	¿La sociedad tiene un código ético o de conducta?	Si	No
	En caso afirmativo, ¿los empleados lo conocen y lo suscriben anualmente?	Si	No
2.9	¿La sociedad tiene instaurado un plan de formación anual obligatorio para todos los empleados en materia de delitos penales?	Si	No
2.10	¿Ha nombrado la sociedad un/a responsable de cumplimiento normativo (Compliance Officer)?	Si	No
2.11	¿Tiene la sociedad un comité de riesgos formalmente establecido?	Si	No
	En caso afirmativo, ¿con qué periodicidad se reúne dicho comité?		
2.12	¿Ha implementado la sociedad una política anticorrupción (regalos, entretenimientos, conflicto de intereses)?	Si	No
2.13	¿Ha implementado la sociedad una política contra el blanqueo de capitales?	Si	No

2.14 ¿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:

2.15 ¿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:

2.16 ¿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

- 3.1 Indicar a continuación la siguiente información financiera de las sociedades que desea incluir en POLIZA (Sociedad Principal y filiales) correspondientes al último ejercicio cerrado (correspondiente al periodo:

Activo corriente

Facturación
(importe neto de la cifra de negocio)

Pasivo corriente

Pasivo no corriente

Resultados del ejercicio

Fondos propios

Es imprescindible disponer de las Cuentas Anuales consolidadas del último ejercicio cerrado de la Sociedad y sus filiales (si desea incluirlas) incluyendo el Informe de Auditoría (en caso de auditar). De lo contrario no se podrá dar ningún tipo de indicación o cotización.

- 3.2 En los últimos dos años, ¿la sociedad o alguna de sus filiales o participadas ha estado en situación de insolvencia, concurso de acreedores o ha tenido Fondos Propios negativos? Si No

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

4. Preguntas adicionales sobre gestión de crisis de la pandemia

4.1 ¿Tienen la Sociedad un Plan de Continuidad de Negocio?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles:

4.2 ¿Ha sido objeto de restricciones por cuenta del regulador o de la Administración Pública antes de la puesta en marcha de su Plan de Continuidad de Negocio?

Si

No

4.3 Como consecuencia de la pandemia del Covid19, ¿ha cuantificado el impacto que puede sufrir su negocio?

Si

No

Por favor facilite detalles al respecto:

4.4 ¿Qué planes ha instaurado en su negocio con el fin de mitigar el posible impacto negativo (por ejemplo, cambios en cadena de distribución, reducción de costes)?

Si

No

4.5 ¿Ha informado a los accionistas?

Si

No

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.

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

