

1. RECOMENDACIONES PREVIAS.

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario.

El cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez 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 la solicitud de seguro de responsabilidad civil profesional para 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 con su corredor de seguros o asegurador.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formará parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

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

2. DATOS GENERALES DE LA EMPRESA.

Razón Social: _____

Dirección: _____

Población: _____

CIF: _____

Código Postal: _____

Provincia: _____

3. TIPO DE EMPRESA.

Empresa de detectives

Numero de detectives: _____

4. ACTIVIDAD.

Descripción completa y detallada acerca de la actividad de su empresa:

5. INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA.

5.1. Fecha de Inicio de actividad

__/__/____.

5.2. Volumen de Facturación por Honorarios

Ejercicio Anterior: _____

Estimado Ejercicio en curso: _____

5.3. Ámbito Territorial

¿Realiza trabajos fuera de la Unión Europea?

Sí. No.

En caso afirmativo, ¿Realiza trabajos en Estados Unidos y/o Canadá?

Sí. No.

6. INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA CONTRATADA ACTUALMENTE.

¿Ha tenido o tiene un seguro en vigor de Responsabilidad Civil Profesional?

Sí. No.

En caso afirmativo, indique:

+ Compañía Aseguradora: _____

+ Límite de Indemnización: _____

+ Franquicia: _____

+ Prima: _____

+ Fecha de Vencimiento: _____

+ Fecha Retroactiva: _____

7. COBERTURAS QUE SE DESEAN CONTRATAR.

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coberturas Principales
Responsabilidad Civil Profesional
Propiedad Intelectual
Confidencialidad
Intromisión Ilegítima o Daños a la Reputación
Pérdida de Documentos
Inhabilitación Profesional
Infidelidad de Empleados
Incumplimiento de la Protección de Datos
Defensa y Fianzas
Periodo Informativo | <input type="checkbox"/> Coberturas Complementarias
Responsabilidad Civil de la Explotación
Responsabilidad Civil Patronal
Responsabilidad Civil por Productos Post-Trabajos
Responsabilidad Civil por Objetos Confiados
Responsabilidad Civil por Agrupaciones de Trabajo (UTE)
Contaminación Accidental |
|--|---|

8. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN POR SINIESTRO SOLICITADO.

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 300.000 €. | <input type="checkbox"/> 600.000 €. | <input type="checkbox"/> 1.000.000 €. |
| <input type="checkbox"/> 1.500.000 €. | <input type="checkbox"/> 2.000.000 €. | <input type="checkbox"/> 3.000.000 €. |

9. FRANQUICIA SOLICITADA

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 300 €. | <input type="checkbox"/> 500 €. | <input type="checkbox"/> 1.000 €. | <input type="checkbox"/> 3.000 €. |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

10. RETROACTIVIDAD.

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 12 meses. | <input type="checkbox"/> Ilimitada. |
|------------------------------------|-------------------------------------|

11. INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD.

¿Le ha sido realizada alguna reclamación en los últimos 5 años? Sí. No.

En caso afirmativo, facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados:

En caso negativo, escriba el solicitante que no tiene conocimiento de haber recibido ninguna reclamación por ningún medio. Leer antes la nota que sigue a continuación.

NOTA: Tenga presente que se entiende por cualquier hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación, cualquier notificación por escrito o verbal, carta, fax, buro fax, carta certificada, queja verbal, email, realizada a la empresa o a cualquiera de sus socios, empleados o personas por las que legalmente deba responder antes de la toma de efecto del contrato de seguro.

¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación? Sí. No.

En caso afirmativo, facilite información completa y detallada:

En caso negativo, escriba el solicitante que no tiene conocimiento de haber recibido ninguna reclamación por ningún medio. Leer antes la nota que sigue a continuación.

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.

12. FECHA DE EFECTO DE LA PÓLIZA.

__/__/__.

13. DOMICILIACIÓN BANCARIA.

Titular: _____
Banco / Caja: _____
Domicilio: _____ C.P.: _____
Población: _____ Provincia: _____

Entidad				Oficina				D.C.		Cuenta										

14. OBSERVACIONES.

La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud / cuestionario es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

El Solicitante declara que las respuestas y afirmaciones que anteceden, tras haber realizado las averiguaciones e investigaciones pertinentes y necesarias, son verdaderas y correctas, y que todas las cuestiones e información que puedan ser relevantes a efectos del presente Cuestionario han sido reveladas y además no ha omitido ninguna información que de haber sido conocida por la aseguradora habría de influir en la prima de seguro o en la negativa a formalizar la contratación de la póliza. El Solicitante acepta que esta declaración, junto con las respuestas que anteceden, además de cualesquiera otros datos facilitados por escrito por el mismo o por cualquier persona que actúe en su representación, formarán la base del contrato entre el Asegurado y el Solicitante.

El Solicitante se compromete a informar 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.

Cláusula de Información Precontractual: LBS0020A

De conformidad con la Ley 20/2015 de 14 de julio y el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, la Aseguradora cuya cobertura se ha solicitado, declara:

- 1) El contrato de seguro se celebra con Lloyd's Insurance Company S.A. Lloyd's Insurance Company S.A. es una sociedad anónima de nacionalidad belga, con domicilio social en Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruselas, Bélgica e inscrita en el Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con el número 682.594.839 RLE (Bruselas). Es una compañía de seguros sujeta a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica. Su Número de Referencia y otros datos se pueden encontrar en www.nbb.be. Dirección del sitio web: www.lloyds.com/brussels. Correo electrónico: enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com.
- 2) El Representante general de la aseguradora en España es Juan Arsuaga, Lloyd's Insurance Company S.A., Calle Pinar 7, 1º Derecha, 28006 Madrid, España.
- 3) Lloyd's Insurance Company S.A. está autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica, Boulevard de Berlaimont 3, 1000 Bruselas, Bélgica, y está regulada por la Autoridad de Servicios Financieros y Mercados, Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruselas, Bélgica.
- 4) Salvo que se establezca lo contrario en el contrato de seguro, la legislación aplicable- es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre y demás normativa de desarrollo y/o complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.
- 5) El Informe sobre la Situación Financiera y de Solvencia de Lloyd's Insurance Company S.A. estará disponible en www.lloyds.com/brussels

Cláusula de Quejas y Reclamaciones: LBS0061c

De acuerdo con la Ley 44/2002, la Orden Ministerial ECO/734/2004 y demás normativa de transparencia y protección del cliente de servicios financieros, cualquier queja o reclamación debe dirigirse a:

Servicio de Atención al Cliente-**Lloyd's Insurance Company S.A.**
C/ Pinar, 7, 1º Derecha, 28006 Madrid, España
Telf: +34 91 426 2312 / Fax: +34 91 426 2394 / Correo electrónico: lloydsbrussels.madrid@lloyds.com

Puede obtener una copia del Reglamento de Funcionamiento de Lloyd's Insurance Company S.A. contactando con el Servicio de Atención al Cliente.

Se acusará recibo de su reclamación por escrito, en el plazo de 5 (cinco) días hábiles tras su recepción.

La decisión sobre su reclamación se adoptará en el plazo de 1 (un) mes desde la presentación de la misma. La decisión le será notificada en el máximo plazo de 10 (diez) días naturales a contar desde su fecha.

En caso de no quedar satisfecho con la respuesta final o si no ha recibido una respuesta final en el plazo de un mes a partir de la recepción de la queja o reclamación, podrá someter voluntariamente su disputa a arbitraje, en los términos de la Ley Española General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y legislación subordinada relacionada, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje para el caso de que las partes sometan sus divergencias a la decisión de uno o más árbitros.

Usted podría estar legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros de España. Los datos de contacto son los siguientes:

Dirección General de Seguros

SOLICITUD / CUESTIONARIO
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
DETECTIVES-EMPRESA



Miguel Ángel, 21, 28010 Madrid, España.

Tel.: 952 24 99 82 / Sitio web: www.dgsfp.mineco.es/es/Consumidor/ProteccionAsegurado/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx

Si contrató su seguro online, también puede presentar una queja a través de la plataforma de resolución de litigios online (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

Puede interponer una acción legal ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio, de acuerdo con el artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro.

Las anteriores instancias de reclamación son sin perjuicio de su derecho a interponer una acción legal o acudir a un mecanismo alternativo de solución de conflictos de conformidad con sus derechos contractuales.

Cláusula de Información sobre Protección de Datos de Carácter Personal: LBS0046

Quiénes somos.

- Lloyd's Insurance Company, SA, identificada en el contrato de seguro y/o en el certificado de seguro.
- ÉVERAT SUSCRIPCIÓN, S.A, agencia de suscripción/Coverholder actuando por cuenta y en nombre del Asegurador para la formalización y ejecución del contrato de seguro.

Información básica.

Obtenemos y tratamos información sobre usted al objeto de formalizar su contrato de seguro y cumplir tanto con nuestra obligación de otorgarle las coberturas previstas en el mismo, como con el resto de nuestras obligaciones legales.

Dicha información incluye datos como su nombre, domicilio y datos de contacto y cualquier otra información que obtengamos de usted en relación a dicho contrato de seguro para garantizar su pleno desenvolvimiento. Esta información puede incluir datos sensibles tales como información acerca de su estado de salud, así como información relativa a posibles condenas e infracciones penales que usted pueda tener.

En ciertos casos, necesitaremos su consentimiento para tratar ciertas categorías de datos personales sobre usted (incluyendo datos sensibles tales como su estado de salud o datos relativos a condenas e infracciones penales que usted pueda tener). En dichos casos, dicho consentimiento le será solicitado de forma separada. Usted puede no facilitarnos dicho consentimiento y, si lo hace, podrá retirarlo en cualquier momento posterior, enviando un email a data.protection@lloyds.com (sin que ello afecte a la legalidad del tratamiento basado en el consentimiento anterior a su retirada). No obstante, tanto si no otorga dicho consentimiento como si decide retirarlo en un futuro, ello podrá suponer la imposibilidad por nuestra parte de otorgarle cobertura aseguradora de conformidad a la póliza de seguro suscrita, o de atender a los siniestros y reclamaciones que usted presente.

Le informamos también que podremos compartir dicha información personal para su uso por terceros profesionales del sector asegurador, tales como, por ejemplo, otras aseguradoras, agentes o corredores de seguro, reaseguradores, peritos, subcontratistas con las que externalicemos funciones, autoridades judiciales o administrativas, así como a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y colaboración estadístico actuarial y ficheros de prevención y lucha contra el fraude. Únicamente compartiremos su información personal en relación con la cobertura aseguradora que otorguemos y hasta el punto requerido o permitido por ley.

Información sobre otras personas facilitada por usted

En aquellos casos en que nos facilite a nosotros o a su agente o a su corredor información personal sobre otros individuos, usted deberá facilitar la presente cláusula informativa a dichas personas.

¿Desea más información?

Para más información relativa al modo en que tratamos sus datos de carácter personal, por favor consulte nuestra política completa de privacidad, que está disponible en la sección Privacy de nuestra página web www.lloyds.com/news-and-risk-insight/lloyds-subsiary-in-brussels o, bajo solicitud, en otros formatos.

Contacto e información sobre sus derechos

Puede ejercitar los derechos que le asisten en relación con la información de carácter personal que tratamos y mantenemos sobre usted, incluyendo el derecho de acceso a dicha información. En caso de querer ejercitar dichos derechos, discutir el modo en que utilizamos la información sobre usted o solicitar una copia completa de nuestra política de privacidad, por favor contacte con nosotros. Alternativamente, usted puede contactar con el agente o corredor de seguro que intermedió su póliza de seguro, quien le facilitará nuestros datos de contacto:

ÉVERAT SUSCRIPCIÓN, S.A.

C/ Núñez de Balboa, 116, 3º, of.3. 28006 Madrid. España.

Correo electrónico: info@everat.es

Usted también tiene derecho a presentar una queja ante las autoridades competentes de protección de datos, aunque le rogamos contacte con nosotros antes.

En ____, a __ de ____ de ____.



Firma del Solicitante

Cargo: _____

Sociedad: _____

