

RC Administradores y Directivos

Berkley SOCIMIS

Preliminar

Por favor lea la siguiente información antes de rellenar el cuestionario:

1. La póliza de Responsabilidad Civil de Administradores y Directivos, es una póliza en base a reclamaciones por lo que ampara las reclamaciones que se formulen y se notifiquen contra el Asegurado por primera vez durante el período de seguro.
2. El solicitante del seguro debe facilitar toda la información solicitada en el cuestionario. El cuestionario ha de ser rellenado, firmado y fechado por la persona legalmente capacitada para suscribir la solicitud de seguro de Responsabilidad Civil de Administradores y Directivos de la empresa.
3. El solicitante del seguro debe facilitar toda la información solicitada en el cuestionario, así como poner en conocimiento del Asegurador, cualquier hecho relevante que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación.
4. Este cuestionario no obliga a la formalización del contrato de seguro pero formará parte del mismo en caso de emitirse.

Cláusula de protección de datos

Se informa al interesado que W.R. Berkley España, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable W.R. Berkley España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por W.R. Berkley España, sobre sus productos y servicios. El Tomador o el Asegurado autorizan expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El Tomador o el Asegurado podrán hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a W.R. Berkley España, Pso. De la Castellana, 149, 8ª planta, Edificio Gorbea 2, 28046 Madrid, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. En el caso de que el Tomador o el Asegurado facilite a W.R. Berkley España información relativa a los Asegurados o a los Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiestan que todos esos datos que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos; y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

Información del Solicitante

La sola respuesta y firma de la presente solicitud de seguro no vincula a la entidad solicitante o a cualquier persona o entidad que le esté representando de cara a la contratación de la póliza de seguro. Por favor, proporcione de forma anexa cualquier información complementaria a las respuestas de las cuestiones aquí expuestas.

Información de la SOCIMI Solicitante

1. Nombre _____
2. Dirección _____
3. Fecha de constitución _____
4. Página web _____
5. En relación con la distribución de capital, por favor indique aquellos que posean más del 10% del capital social de la SOCIMI:

Accionista	% Propiedad

6. La SOCIMI, ¿cotiza ya en Bolsa: MAB, Mercado Continuo o cualquier otro/a mercado?: SÍ NO
 Si la respuesta es afirmativa, por favor indica detalles a continuación:
 (Adjunte el folleto informativo.)

Cumplimente la siguiente información:

SOCIMI Cotizada	País y Mercado en el que está listada	¿Cuándo empezó a cotizar?	Valor Bursátil	Nº acciones cotizadas	Tipo de valores

- ¿Tiene contratado un seguro específico de Salida a Bolsa (IPO, POSI, ...)? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor indica detalles a continuación:

Asegurador actual: _____

Límite de Indemnización: _____

Fecha de vencimiento de la póliza: _____

7. Alguna de sus filiales o participadas, ¿cotizan en bolsa?

Sociedad Cotizada	Mercado en el que está listada	¿Cuándo empezó a cotizar?	Valor Bursátil	Nº acciones cotizadas

8. Relación completa de las Filiales:

Sociedad Filial	País de Constitución	Actividad	Capital Social (€)	% participación

9. Relación completa de Participadas:

Sociedad Participada	País de Constitución	Actividad	Capital Social (€)	% participación

10. La SOCIMI, Filiales o Participadas ¿Están considerando alguna compra, fusión, emisión o cualquier otra operación financiera que modifique su capital?

SÍ NO

11. En los últimos meses, la SOCIMI, Filiales o Participadas o algunas de las personas solicitantes del seguro y/o responsables de las mismas:

A. ¿Tienen conocimiento de la existencia de algún hecho o circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación en su contra?

SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor indica detalles a continuación:

B. ¿Han dejado de cumplir algún compromiso, obligación o deuda que tuvieran, han suspendido pagos o se han visto obligadas a realizar alguna de las medidas correctoras del equilibrio patrimonial que establece la Ley de Sociedades Anónimas u otra legislación?

SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor indica detalles a continuación:

C. ¿Han tenido en el pasado o tiene en la actualidad conocimiento de las reclamaciones presentadas en su contra o han recibido investigación de cualquier autoridad competente?

SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor indica detalles a continuación:

12. La SOCIMI o alguna de sus filiales, ¿cotiza en bolsa americana?, indique para cada una de ella SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor indica detalles a continuación:

Indicaciones sobre el tipo de colocación (ADR, ADS, sponsored, colocación publica o privada): _____

Adjunte el folleto informativo de incorporación.

13. La SOCIMI, ¿tiene en vigor algún seguro de responsabilidad civil de administradores y directivos? SÍ NO

Si la respuesta es afirmativa, por favor indica detalles a continuación:

Asegurador actual: _____

Límite de Indemnización: _____

Fecha de vencimiento de la póliza: _____

Documentación a presentar adjunta a este cuestionario

Por favor adjunte copias de la siguiente información en relación con el solicitante y cualquier otra entidad propuesta para el seguro:

Información financiera más reciente de la entidad solicitante.

Datos bancarios

Por favor cumplimentar la orden de domiciliación de adeudo SEPA al final de este cuestionario, si desea que la gestión de cobro se realice a través de su entidad bancaria.

Declaración

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forma las bases de un contrato de seguro efectuado entre Berkley España, y el solicitante.

El Tomador o el Asegurado se compromete a informar a Berkley España, de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

Nombre y cargo del Representante de la Sociedad

Firma

Fecha

Información Adicional

(No cumplimentar si no procede.)