

Administradores & Directivos

Berkley Responsabilidad Civil. D&O - PYMEOPC

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.

Tomador del seguro

Nombre _____ CIF/NIF: _____

Domicilio social _____

Ciudad _____ C.P. _____

Sociedad

Por favor conteste marcando con una "X" la respuesta que sea de aplicación a la Sociedad.

El objeto Social ¿Está relacionado con alguna de las siguientes actividades: banca, seguros, administración pública, cualquier actividad relacionada con la construcción o promoción inmobiliaria, generación de energía, empresas farmacéuticas o de biotecnología, Instituciones Financieras, Clubs y federaciones deportivas, SAD (Sociedad Anónima deportiva) sindicatos o partidos políticos, prestación de servicios jurídicos o relacionados con dicho ámbito?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Por favor detalle la actividad de la Sociedad Tomadora del Seguro y de sus Sociedades Filiales:		
¿Ha sido constituida o lleva desarrollando su actividad desde hace más de dos años?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
El resultado y el patrimonio neto de los dos últimos ejercicios ¿Ha sido positivo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Cotiza en Bolsa?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Desarrolla su actividad, tiene activos y su facturación o parte de la misma proviene de EE.UU./Canadá?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sufrido alguna fusión, adquisición o venta en los últimos doce meses o tiene previsto hacerla?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación contra su Sociedad, sus Sociedades Filiales o sus Sociedades Participadas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Existe o ha existido alguna Reclamación, civil y/o penal, relacionada con Responsabilidad Civil de Directores y Administradores formulada contra su Sociedad, sus Sociedades Filiales o sus Sociedades Participadas, o alguna de las personas para las que se propone este Seguro?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Coberturas de contratación opcional

Por favor indique si está usted interesado en contratar alguna de las siguientes coberturas:

1. Constitución de fianzas penales	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. Responsabilidad penal de la Sociedad o persona jurídica	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. Cobertura a la Sociedad por prácticas de empleo indebidas	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Por favor conteste marcando con una "X" la respuesta que sea de aplicación a la Sociedad.

¿Tiene más de 100 empleados?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuenta con un departamento de Recursos Humanos? De no ser así ¿Cuenta la Sociedad con miembros de la plantilla cualificados y designados para realizar funciones equivalentes?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
El departamento de Recursos Humanos o en su defecto, las personas designadas para realizar estas funciones, ¿Aprueban todas las sanciones y despidos de la Sociedad?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha realizado despidos en los últimos doce meses o esperan hacerlo en los próximos doce meses?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
En la Sociedad, ¿se llevan a cabo evaluaciones del desempeño de manera regular y por escrito a todos los empleados?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Para contratar esta cobertura las respuestas han de coincidir con las sombreadas.

Límite de indemnización

Por favor indique la facturación del grupo en el último ejercicio cerrado: _____

En base a la facturación anteriormente indicada, marque con una X, el límite/s de indemnización para los que quiere cotización.

Volumen de Facturación	Límite de Indemnización por reclamación y anualidad					
	300.000 €	600.000 €	1.000.000 €	1.500.000 €	2.000.000 €	3.000.000 €
Hasta 5.000.000 €						
5.000.001 €/15.000.000 €						
15.000.001 €/30.000.000 €						
30.000.001 €/50.000.001 €						

Documentación a presentar adjunta a este cuestionario

- Última Memoria Anual de la Compañía (memoria auditada si procede).
- Desglose del 100% del accionariado.

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.

Información Adicional

(No cumplimentar si no procede.)