

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 _____ C.P. _____

Ciudad _____

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
El resultado y el patrimonio neto de los dos últimos ejercicios ¿Ha sido positivo?	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Cotiza en Bolsa?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NO
¿Ha sufrido alguna fusión, adquisición o venta en los últimos doce meses o tiene previsto hacerla?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NO
En la Sociedad, ¿se llevan a cabo evaluaciones del desempeño de manera regular y por escrito a todos los empleados?	<input checked="" 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
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.

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 W/R Berkley España y el solicitante. El Tomador o el Asegurado se compromete a informar a W/R. 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 _____

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR

Referencia de la orden de domiciliación (constará de su CIF/NIF y su número de cuenta)

Identificación acreedor: ES46633W0371455G

Nombre del acreedor: W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA

Dirección del acreedor: Paseo de la Castellana, 149, 8a planta, 28048 Madrid

País de residencia del acreedor: España.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre _____

Dirección _____ C.P. _____

Población / Provincia _____

País de residencia _____

Número de cuenta
(IBAN) (entidad) (oficina) (DC) (10 dígitos nº cuenta)

Swift - BIC (puede contener de 8 a 11 posiciones)

Tipo de pago Pago recurrente (renovación/fraccionamiento/ajustes) o Pago único

Lugar y fecha de la firma _____

Firma del deudor: (Por favor firme aquí)

Mediante la firma de esta orden de domiciliación bancaria, el deudor autoriza a (A) W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta.

Nota: puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación, debe ser enviada al acreedor para su custodia. La entidad del deudor requiere autorización de éste previa al cargo en cuenta de los adeudos directos SEPA. El deudor podrá gestionar dicha autorización con los medios que su entidad ponga a su disposición.

Información Adicional

(No cumplimentar si no procede.)