

Solicitud de seguro

Administradores & Directivos - USA

Berkley Responsabilidad Civil

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 periodo 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 de carácter personal

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.

1. Tomador del seguro

Nombre _____ CIF: _____

Domicilio social _____ C.P. _____

Ciudad _____

2. Sociedad tomadora del seguro

A. ¿Tiene Sociedades Filiales o Participadas? Indique detalle de las mismas:

Nombre	País	% Participación

B. Fecha de constitución de la Sociedad : _____

C. Actividad principal del grupo: _____

D. En los últimos cinco años:

1. ¿Ha cambiado la distribución del Capital Social/Accionariado de la sociedad matriz?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Se está considerando o se ha producido alguna fusión, adquisición o venta de la sociedad Tomadora del Seguro o alguna de sus Sociedades Filiales y Participadas?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Existe alguna propuesta conocida por la sociedad Tomadora del Seguro sobre una adquisición por otra entidad?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
E. ¿Tiene la sociedad Tomadora del Seguro algún accionista que posea más del 15% del capital social de la misma? Si es así indicar el porcentaje _____	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
F. ¿La sociedad Tomadora del Seguro cotiza en Bolsa actualmente? En caso de ser afirmativa la respuesta, por favor cumplimente el anexo correspondiente del cuestionario.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
G. ¿Ha anunciado públicamente la sociedad Tomadora del Seguro alguna emisión de oferta pública de venta de valores durante los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

3. Seguros vigentes

 A. ¿Ha tenido o tiene en la actualidad la Compañía o alguna de sus Filiales o Participadas, una póliza de Responsabilidad Civil para Directores y Administradores? SÍ NO

En caso afirmativo cumplimentar el cuadro:

Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta

 B. ¿En alguna ocasión le ha sido cancelada a la Compañía o alguna de sus Filiales o Participadas una Póliza de Responsabilidad Civil de Directores y Administradores? SÍ NO

4. Reclamaciones

A. ¿Existe o ha existido alguna Reclamación, civil y/o penal, relacionada con Responsabilidad Civil de Directores y Administradores formulada contra la Compañía, sus Filiales, Participadas y/o alguna de las personas para las que propone este seguro?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
B. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación contra la Sociedad Tomadora del Seguro, Sociedades Filiales o Sociedades Participadas o contra cualquier persona para las que se solicita este seguro?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
C. ¿Ha cambiado de auditores externos en los últimos tres años?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
D. ¿La Sociedad o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Sociedades Participadas, ha obtenido en los últimos cinco años alguna vez una salvedad comentario con reservas o extraordinario con relación a los informes de los auditores externos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

5. Documentación a presentar adjunta a este cuestionario

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

6. Cobertura para Estados Unidos de América o Canadá

A. Indique las Sociedades Filiales o Participadas en EE.UU./Canadá.

Nombre	País	% Directo o indirecto de participación

B. Por favor responda a las siguientes preguntas:

Indique el porcentaje de los ingresos procedentes de EEUU/Canadá	%
Indique los activos totales en EE.UU./Canadá	
¿Tiene la Sociedad Tomadora del Seguro, o alguna de sus Sociedades Filiales o Participadas acciones emitidas en EE.UU./Canadá?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Ha realizado la Compañía o alguna de sus filiales alguna emisión en USA (American Depositary Receipts or American Depositary Shares)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Indique en qué nivel se han emitido los ADR's	
¿Qué porcentaje de las acciones emitidas y suscritas tienen la forma de Recibos de Depósitos Americanos (ADR's)?	%
¿Cuántos accionistas poseen Recibos de Depósito Americanos (ADR's)?	
La Securities and Exchange Commission" de los Estados Unidos o la US IRS, ¿Están actualmente investigando o solicitando información de la Compañía o algún administrador o director de la Compañía?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

7. Domiciliación bancaria

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.)