

Cuestionario de Responsabilidad Civil de Miembros de Comisiones de Control de Planes y/o Fondos de Pensiones

Se ruega leer estas notas orientadoras antes de rellenar el Cuestionario.

1. El Contrato de Seguro ampara las Reclamaciones que se formulen por primera vez contra el Asegurado durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.
2. El Cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que esté legalmente capacitada y autorizada para suscribir la solicitud de seguro de responsabilidad civil en representación de la empresa que actúa como solicitante.
3. Tal y como se indica en el Art. 10 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.
4. 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 a su Corredor de Seguros o al Asegurador.
5. Este Cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formará parte de cualquier Contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.
6. Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este Cuestionario.

Nota Preliminar

Rogamos adjunten a este Cuestionario los documentos siguientes:

- **El Reglamento del Plan**
- **El último Informe de la Comisión a los Partícipes**
- **El último Informe emitido por el Actuario del Plan**
- **La última Memoria completa auditada del Fondo**

A) DATOS GENERALES

1) FONDO

1. Denominación de Fondo:
2. Domicilio del Fondo.:
.....Código Postal:
3. Fecha de Constitución:
4. Datos Registrales:
5. Número de Inscripción en la DGS:
6. NIF:

7. ¿El Fondo integra más de un Plan?

SI

NO

8. Clase de Fondo:

Cerrado SI

NO

Abierto SI

NO

En el caso de un Fondo Abierto, se ruega detallen los otros Fondos cuyas inversiones canaliza:

<u>DENOMINACION DEL FONDO</u>	<u>VALOR TOTAL DE INVERSIONES CANALIZADAS AL / ... /200 ...</u>
.....	€.
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

En el caso de un Fondo Abierto, se ruega completen una Sección B) separada para cada uno de los Fondos cuyas inversiones se canalicen.

9. Detalles del Auditor designado por el Fondo:

Razón social:

Domicilio:

Número de Inscripción en el Registro Especial de la D.G.S.:

Fecha de Designación:

10. Fecha del último informe de auditoría:

¿En el último informe de auditoría existe alguna salvedad?

SI

NO

En caso de contestación afirmativa, se ruega faciliten detalles:

.....

.....

.....

2) LA COMISIÓN DE CONTROL

1. Denominación de la Comisión:

2. Domicilio de la Comisión:

Código Postal:

3. Fecha de Constitución:

4. Se ruega indiquen quién efectúa los siguientes servicios de información a los Partícipes/Beneficiarios y/o gestión administrativa (Comisión de Control, Gestora, Depositaria o Promotor)

- (i) Altas como Partícipes:
- (ii) Modificaciones de beneficiarios:
- (iii) Transferencias desde/a otros Planes:
- (iv) Boletines Informativos:
- (v) Aclaración de Anomalías de todo tipo:
- (vi) Consideraciones fiscales:
- (vii) Altas como Beneficiarios:

5. Los miembros de la Comisión:

NOMBRE Y APELLIDOS	Cargos y Subcomités en EL PLAN	Fecha de elección	Cargos y Subcomités en EL FONDO
--------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------------------

(a) Representantes del Promotor:

.....
.....
.....
.....

(b) Representantes de los Partícipes:

.....
.....
.....
.....

(c) Representantes de los Beneficiarios:

.....
.....
.....
.....

6. Periodicidad de las elecciones:

.....

7. Periodicidad de las reuniones de la Comisión y sus subcomités:

Comisión:

Subcomité de.....

Subcomité de.....

Subcomité de.....

8. Número total de los EMPLEADOS de la Comisión:

Breve descripción de sus funciones:

.....
.....
.....
.....

9. Número total de los empleados del Promotor (sin contar a los miembros de la Comisión) que trabajan por cuenta de la Comisión:

Breve descripción de sus funciones:

.....
.....
.....
.....

10. Número total de las demás personas que trabajan por cuenta de la Comisión:

Breve descripción de sus funciones:

.....
.....
.....
.....

11. Se ruega relacionen las funciones de la Comisión que estén delegadas en la Gestora del Fondo:

.....
.....
.....
.....

12. ¿Qué gastos de la Comisión son sufragados por el Promotor?

.....
.....
.....
.....

13. Importe total de los gastos de la Comisión cargados al Fondo en el último ejercicio:

€.....

3) LA ENTIDAD GESTORA

1. Razón Social:
2. Domicilio de la Comisión:
.....Código Postal:
3. Número de la Inscripción en el Registro Especial de la D.G.S.:
4. Detalle de sus principales accionistas:

<u>ACCIONISTA</u>	<u>PORCENTAJE DE LAS ACCIONES</u>
.....%
.....%
.....%

5. ¿La Entidad Gestora es filial o participada de cualquiera de los Promotores, o tanto la Entidad Gestora como el Promotor son filiales o participadas de la misma sociedad matriz?

SI **NO**

En caso de contestación afirmativa, se ruega:

a) indiquen el nombre del (de los) Promotor(es) y/o Sociedad(es) Matriz(es):

<u>PROMOTORES</u>	<u>SOCIEDADES MATRICES</u>
.....
.....
.....

b) relacionar a todos los Consejeros y/o Directivos de la Entidad Gestora que también son Consejeros y/o Directivos del Promotor o de la Sociedad Matriz:

<u>NOMBRE</u>	<u>CARGO EN LA ENTIDAD GESTORA</u>	<u>PROMOTOR/MATRIZ</u>
.....
.....
.....

6. Detalles del Auditor nombrado por la Gestora del Fondo:

Razón social:

Domicilio:

Fecha de Designación:

7. Fecha del último informe de auditoría:

¿En el último informe de auditoría existe alguna salvedad? **SI** **NO**

En caso de contestación afirmativa, se ruega faciliten detalles:

.....

.....

.....

8. Comisión de gestión (como % anual del patrimonio del Fondo):

9. Capital Social de la Gestora:

4) LA ENTIDAD DEPOSITARIA

- 1. Razón Social:
- 2. Domicilio Social:
- 3. Número de Inscripción en el Riesgo Especial de la D.G.S.:
- 4. Detalle de sus principales accionistas:

<u>ACCIONISTA</u>	<u>PORCENTAJE DE LAS ACCIONES</u>
.....	%
.....	%
.....	%

5. ¿La Entidad Depositaria es filial o participada de cualquiera de los Promotores, o tanto la Entidad Depositaria como el Promotor son filiales o participadas de la misma sociedad matriz?

SI **NO**

En caso de contestación afirmativa, se ruega faciliten detalles:

a) Indiquen el nombre del (de los) Promotor(es) y/o Sociedad(es) Matriz(es):

<u>PROMOTORES</u>	<u>SOCIEDADES MATRICES</u>
.....
.....
.....

b) Relacionar a todos los Consejeros y/o Directivos de la Entidad Gestora que también son Consejeros y/o Directivos del Promotor o de la Sociedad Matriz:

<u>NOMBRE</u>	<u>CARGO EN LA DEPOSITARIA</u>	<u>CARGO EN EL PROMOTOR/MATRIZ</u>
.....
.....
.....

5) GENERAL

1. ¿Algún asegurador ha anulado un seguro anterior de este tipo, o se ha negado a renovarlo o a facilitar una cotización?

SI

NO

En caso de contestación afirmativa se ruega faciliten detalles:

.....

.....

.....

2. ¿Qué límite de indemnización se solicita?

3. Si la Comisión de Control, alguno de los administradores, personal de alta dirección, o cualquier otra persona para la que se solicita el presente seguro, tiene o ha tenido cobertura de responsabilidad civil de administradores bajo otra póliza de seguro, se ruega indicar:

- a) Nombre de la Compañía Aseguradora:
- b) Límite de indemnización:
- c) Fecha de vencimiento/rescisión:
- d) Identidad de los Asegurados:

B) INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD

1. Indique si la Comisión de Control o alguna de las personas para las que se solicita este seguro se ha visto en los últimos 5 años afectada por una Reclamación en su contra o por una investigación por parte de cualquier autoridad competente. Si es así, rogamos facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

SI

NO

.....
.....
.....

2. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una Reclamación contra la Comisión de Control o contra cualquier persona para las que se solicita este seguro?

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada.

SI

NO

.....
.....
.....

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.

En todo caso para que no haya dudas sobre el sentido de la pregunta, debe Ud. declarar cualquier incidencia relacionada con su actividad que exceda de la más estricta normalidad o habitualidad. En particular, cualquier notificación, incidencia o intervención ante cualquier Tribunal o Autoridad, ya sea judicial, arbitral o administrativa o en cualquier procedimiento o expediente, cualquiera que sea la calidad en la que Ud. se vea afectado por la incidencia, reciba la notificación o intervenga ante el Tribunal o Autoridad, o en el procedimiento o expediente, puede constituir un hecho relevante que debe ser declarado.

Información Precontractual

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL International Insurance Company Limited, Sucursal en España, con domicilio en Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, Planta 35, Edificio Torre Picasso, 28020 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización Nº E 163.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es el Reino Unido y la Autoridad de Control es la "Prudential Regulation Authority", con domicilio en 20 Moorgate, Londres, EC2R 6DA y la "Financial Conduct Authority", con domicilio en 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres, E14 5HS, Inglaterra.

3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y demás normativa española de desarrollo.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

a. Instancias internas de reclamación:

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrán Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso.

En caso de no quedar satisfecho con el modo en que se tramita su reclamación, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito a:

Servicio de Atención al Cliente

Titular del Servicio: D. Julián Olivares Monteagudo

C/ Génova, 11, 5º Izquierda

28004 Madrid

Teléfono: 91 556 19 78

Fax: 91 556 27 74

E-mail: atencionclientemarkel@gmail.com

b. Instancias externas de reclamación:

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

Protección de Datos de Carácter Personal

RESPONSABLE: MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY, Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 de Madrid, markel@delegado-datos.com, W0068002E. **FINALIDADES:** Evaluar el riesgo de la cobertura solicitada, tramitar el desarrollo, cumplimiento y control del seguro contratado, tramitar los posibles siniestros e informarle de nuestros productos y servicios vía electrónica y postal. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de seguro e interés legítimo en informar a nuestros clientes de nuestros productos y servicios. **CESIONES:** En los casos legalmente establecidos y, durante la tramitación de los siniestros, a corredores y agentes de seguros, compañías aseguradoras y todas las entidades, organismos o personas legitimadas y necesarias para la resolución y tramitación de siniestros. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la relación póliza y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. Datos comerciales: cuando el usuario solicite su baja. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

NO DESEO RECIBIR INFORMACIONES COMERCIALES

Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma, nombre y cargo: _____ Fecha: _____