



Cuestionario de Responsabilidad Civil de Administradores y Altos Cargos

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.

A) DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

1. **Tomador del Seguro:**
2. **C.I.F.:**
3. **Dirección:**
Localidad:.....**Provincia:**.....**Código Postal:**.....
4. **Fecha de creación de la Sociedad Tomadora del Seguro:**
..... **Si es menor de 12 meses, adjuntar Plan de Negocio.**
5. **Descripción de la actividad de la Sociedad Tomadora del Seguro y de sus Sociedades Filiales:**
.....
.....
.....

6. Durante los últimos 5 años:

¿Ha cambiado el nombre o denominación de la Sociedad Tomadora del Seguro?

¿Ha cambiado la distribución del Capital Social/ Accionariado de la sociedad matriz?.....

¿Se está considerando o se ha producido alguna fusión, adquisición o venta de la sociedad Tomadora del Seguro o alguna de sus Sociedades Filiales?

¿Existe alguna propuesta conocida por la sociedad Tomadora del Seguro sobre una adquisición por otra entidad?

En caso de haber respondido afirmativamente a alguna de estas preguntas, por favor dar detalles:

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

7. ¿Ha anunciado públicamente la sociedad Tomadora del Seguro alguna emisión de u oferta publica de venta de valores durante los próximos 12 meses?

Indique la distribución actual del capital social y su representación en los órganos de administración

.....
.....

8. ¿Tiene la sociedad Tomadora del Seguro radicados en Estados Unidos y/o Canadá algún tipo de Activo, Sociedad Filial, valores, acciones, obligaciones, deuda, fondos propios o papel comercial? En caso afirmativo indicar el nombre y el porcentaje.

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

9. ¿Tiene la sociedad Tomadora del Seguro algún accionista que posea más del 25% del capital social de la misma? Si es así indicar el porcentaje

10. ¿Tiene la sociedad Tomadora del Seguro Sociedades Filiales y Sociedades Participadas?

.....

Indique las Sociedades Filiales y Sociedades Participadas y su participación.

.....
.....

11. ¿Tienen actualmente seguro de responsabilidad Civil de Administradores y Directivos la sociedad Tomadora del Seguro, alguna de sus Sociedades Filiales, Sociedades Participadas o alguno de sus Administradores o Altos Cargos?

SI

NO

En caso afirmativo, detallar en un anexo.

12. Indique el límite de indemnización solicitado:

<input type="checkbox"/> € 300.000,00	<input type="checkbox"/> € 600.000,00	<input type="checkbox"/> € 4.500.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.200.000,00
<input type="checkbox"/> € 1.500.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00	<input type="checkbox"/> € 6.000.000,00

13. En los últimos 12 meses, la Sociedad o alguna de sus Filiales o Participadas, ¿han dejado de cumplir algún compromiso, obligación o deuda que tuviera asumida, se han visto envueltas en un proceso concursal, o se han visto obligadas a realizar alguna de las medidas correctoras de desequilibrio patrimonial que establece la Ley de Sociedades Anónimas, la Ley de Sociedades de Responsabilidad Limitada u otra legislación aplicable?

SI NO

En caso afirmativo, detallar en un anexo.

14. En los próximos 12 meses, ¿podría darse esta circunstancia?

SI NO

En caso afirmativo, detallar en un anexo.

15. Información Financiera de la Sociedad y de cada Filial (en caso necesario, adjuntar un anexo):

- a. **Activo Corriente**
- b. **Total Activos**
- c. **Pasivo Corriente**
- d. **Capital Social**
- e. **Resultado del Ejercicio**.....
- f. **Patrimonio Neto**
- g. **Número de Empleados**

B) INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD

1. Indique si la Sociedad Tomadora del Seguro o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Sociedades Participadas 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 ha sido inhabilitada como Administrador o si está afectada por algún proceso penal. 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 Sociedad Tomadora del Seguro, Sociedades Filiales o Sociedades Participadas 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.

Información sobre Protección de Datos Clientes

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: _____