

Cuestionario de Seguro de Sociedades y Fondos de Capital Riesgo

Solicitud De Seguro

Se ruega leer estas notas orientadoras antes de rellenar el Cuestionario

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. 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.

Este Cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formará parte de cualquier Contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia. 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 Entidad Tomadora del Seguro:

Si es menor de 12 meses, adjuntar Plan de Negocio.

5. Descripción de la actividad de la Entidad Tomadora del Seguro y de sus Entidades Filiales:

6. Durante los últimos 2 años, ha sufrido la entidad solicitante, alguna Filial o Entidad Participada:

(a) ¿Algún cambio de control accionarial? Si No

(b) ¿Alguna fusión compra o venta? Si No

(c) ¿Conoce la Entidad solicitante alguna propuesta de cambio de control accionarial, fusión, compra o venta? Si No

En caso afirmativo amplíen la información:

7. ¿Cotiza en Bolsa o en algún otro mercado de valores la Entidad solicitante o alguna Filial, o ha anunciado una emisión u oferta pública de venta de valores la solicitante o alguna Filial?

Si No

En caso afirmativo amplíen la información:

8. ¿Tiene la entidad Tomadora del Seguro radicados en Estados Unidos y/o Canadá algún tipo de Activo, Filial o Participada, Facturación, valores, acciones, obligaciones, deuda, fondos propios o papel comercial?

Si No

En caso afirmativo indiquen nombre, porcentaje y volumen de facturación:

9. Indique el accionariado y porcentaje de la Entidad Tomadora del Seguro:

10. ¿Tiene la entidad Tomadora del Seguro?

(a) ¿ Entidades Filiales y/o Entidades Participadas? Si No

En caso afirmativo por favor cumplimente **Anexo A**. Inicialmente solo se incluirán en póliza las entidades indicadas en el Anexo A.

(b) ¿Entidades hermanas? Si No

Sólo en caso de que deseen incluirla detallen el accionariado y porcentaje:

(c) Fondos o Sociedades de Capital Riesgo gestionados:

Sociedad(es) o Fondo(s) de Capital Riesgo Gestionado(s)	Fecha de Constitución

Inicialmente solo se incluirán en póliza las Sociedades / Fondos indicadas arriba..

11. PERFIL DEL FONDO O SOCIEDAD:

Por cada Fondo o Sociedad gestionados, por favor cumplimente las siguientes preguntas:

a) Fondo o Sociedad

Fecha de inscripción	
Fecha de cierre de colocación del Fondo	
Capital comprometido	
Capital desembolsado	
Numero inversores	
Inversión mínima prevista	
Mercado de valores en el que cotiza (si aplicable)	
Fase de la inversión (inicial, madurez, desinversión, etc.)	
Ambito geográfico	
Sectores de actividad en los que invierte	
Número de Sociedades de Cartera	
Número de desinversiones desde el inicio de la actividad	
Rentabilidad neta de las inversiones (IRR) desde el inicio de la actividad	
% en manos de la Sociedad Gestora	
Co-inversores del fondo	

b) Perfil de los inversores:

Personas Físicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Bancos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Bancos de inversión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Compañías de Seguros	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Fondos de Pensiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Fondos de Fondos de Capital Riesgo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Sociedades Industriales y Comerciales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Fundaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Family Office	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
La Sociedad Gestora	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%

c) Tipo de operaciones efectuadas por el fondo o que se pretenden efectuar:

Seed Capital	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Start-up/Early Stage Financing	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Development Capital	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Management Buy In	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Management Buy Out	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%
Leveraged Buy Out	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	%

d) El fondo suscribe:

Capital	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Deuda	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Mezzanine	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

e) Nacionalidad de los Inversores:

UE	%
USA / Canadá	%
Resto del mundo	%

12. PROCEDIMIENTOS INTERNOS:

a) Duración media del período de estudio y selección de sociedades:

b) Indique el número de sociedades que se ha estudiado y en las que se han invertido:

c) ¿Existe un asesor externo que propone las inversiones?

Si No

d) ¿Quién realiza el "Due Diligence" de potenciales inversiones?

e) ¿Cuál es el órgano de decisión que decide efectuar o interrumpirlas inversiones?

f) ¿Se toman las decisiones por unanimidad?

Si No

Si no es así, ¿cómo se toman?

g) ¿Quién decide sobre potenciales inversiones que no encajan con las características establecidas en el reglamento?

¿Se han dado casos en el pasado? ¿Cómo se han resuelto?

h) ¿Existe un protocolo de actuación en caso de conflicto de intereses en la decisión sobre la inversión en una Sociedad de Cartera?

Si No

i) Porcentaje de la comisión de gestión liquidada por la Sociedad Gestora: %

j) Duración de la de la participación en la Sociedad de Cartera y modo de desinversión:

k) Porcentaje sobre los beneficios en la desinversión que se asigna a la Sociedad Gestora y a los Inversores:

- l) Indique si en la desinversión de una Sociedad de Cartera es posible sustituir la distribución de dividendos por la distribución de los porcentajes de participación de las Sociedades de Cartera participadas por el Fondo o Sociedad a los Inversores u otro tipo de remuneración: Si No

En caso afirmativo dar detalles.

- m) Indique hasta el momento, las modalidades de desinversión:

Venta a terceros con plusvalías	Nº.
Venta a terceros con minusvalías	Nº.
Venta a terceros al precio de coste	Nº.
Salidas a Bolsa/IPO	Nº.
Liquidación voluntaria	Nº.
Quiebra u otro procedimiento concursal	Nº.

13. ADMINISTRACIÓN

- a) Frecuencia de las reuniones del Consejo de Administración:

- b) Indique con qué frecuencia el Consejo de Administración analiza los siguientes temas:

Estados Financieros	
Evolución de las inversiones en las Sociedades de Cartera	
Valoración de las Sociedades de Cartera	
Estrategias de inversión/financiación	
Temas legales y reclamaciones	
Programa de Seguros	

- c) Indique si existen procedimientos escritos para los siguientes aspectos:

Fusiones y Ofertas de adquisición	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Protección de Datos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cumplimiento Normativo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Risk Management	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Procesos de selección de administradores y directivos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Controles internos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Código de Conducta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Modalidad de distribución de los beneficios a los inversores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estrategia de inversión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gestión de conflictos de interés	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Protección de información confidencial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
"Blackout Period" para títulos/acciones de las sociedades de cartera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valoración de las sociedades de cartera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO

- d) Existe un Comité Asesor o Comité de Inversiones que asesore en la toma de decisión inversiones? Si No

En caso afirmativo dar detalles de su composición, experiencia, funcionamiento y responsabilidades.

- e) Indique si los miembros del Comité Asesor o Comité de Inversiones reciben remuneración Si No
¿Por parte de qué entidad?

- f) Indique si los miembros del Comité Asesor o Comité de Inversiones tienen acordado una renuncia o libramiento de responsabilidades por su responsabilidad civil Si No
- g) ¿Se ha producido algún cambio o modificación en los últimos cinco años en el equipo gestor? Si No
En caso afirmativo dar detalles.
- h) Indique si el Tomador del Seguro ha cambiado al auditor externo o asesor jurídico externo en los últimos tres años. Si No
En caso afirmativo especifique los motivos.
- i) Indique si el Tomador del Seguro tiene previsto en los próximos doce meses constituir un nuevo Fondo o Sociedad. Si No
En caso afirmativo, indicar el tamaño y estrategia de inversión del nuevo Fondo o Sociedad.

14. INVERSIONES EN SOCIEDADES DE CARTERA Y OTRAS

- a) Por favor cumplimentar **Anexo B.**
- b) Indique si el Tomador del Seguro exige a las Sociedades de Cartera en las que invierte el Fondo o la Sociedad una renuncia o libramiento de responsabilidad para los administradores que sean sus representantes en el Consejo de Administración de las Sociedades de Cartera. Si No
- c) Indique los criterios de valoración de las Sociedades de Cartera en el Informe a los Inversores.
- d) Indique si el Tomador del Seguro realiza servicios profesionales a las Sociedades de Cartera Si No

Indique los servicios en caso afirmativo.
¿Son remunerados? Si No
¿Están regulados por contrato o acuerdo escrito? Si No
- e) Indique si el Tomador del Seguro realiza servicios profesionales a sociedades que no sean las Sociedades de Cartera o sociedades ya desinvertidas. Si No

Indique los servicios en caso afirmativo.
Indique si los servicios son remunerados Si No

15. R.C. ADMINISTRADORES Y ALTOS CARGOS DE SOCIEDADES DE CARTERA

En caso de solicitar la cobertura de R.C. Administradores y Altos Cargos de los "Asegurados" representantes de las Sociedad Gestora de los Fondos mencionados en el punto 10 (c)

- a) Indique qué Sociedades de Cartera tienen su domicilio social o poseen Sociedades Filiales en USA, desarrollan actividades financieras o cotizan en cualquier mercado oficial de valores.

b) Indique en cuál de las Sociedades de Cartera hay un representante del Fondo / Sociedad o de la Sociedad Gestora en su Consejo de Administración o Dirección y quién lo nombra.

c) Indique si los representantes pueden ser:

Administradores /Altos Cargos del Tomador del Seguro	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Empleados del Tomador del Seguro	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Miembros del Comité Asesor / Comité de Inversiones	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Asesores Externos	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
Otros a especificar	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No

d) En los casos de Asesores externos u otros, indicar si existen acuerdos escritos o contratos que establezcan su función:

Si No

e) Indique si existen renunciaciones o libramientos de responsabilidad entre el Tomador del Seguro y los representantes en las Sociedades de Cartera en cuanto al ejercicio de sus funciones encomendadas en dichas sociedades.

Si No

f) Indique si alguna de las Sociedades de Cartera tiene contratada una póliza de R.C. Administradores y Altos Cargos.

Si No

Indique la Sociedad de Cartera, Compañía Aseguradora, Límite y Fecha de Vencimiento.

g) Indique si el representante en la Sociedad de Cartera, puede mantenerse en sus funciones en dicha sociedad después de la desinversión en ésta o tras el fin del "Blackout Period" .

Si No

En caso afirmativo indique cuándo ha ocurrido y los motivos.

16. Indique el límite de indemnización solicitado:

- € 300.000,00 € 1.000.000,00 € 2.000.000,00 € 3.000.000,00
 € 600.000,00 € 1.500.000,00 € 2.500.000,00 € 3.500.000,00
 Otro:

17. (a) En los últimos 12 meses, la Entidad solicitante, alguna de sus Filiales o Participadas o entidades hermanas. ¿Han estado en situación de insolvencia o en concurso de acreedores, tienen patrimonio neto negativo o se han visto obligadas a realizar alguna de las medidas correctoras de desequilibrio patrimonial que establece la Ley de Sociedades de Capital u otra legislación aplicable?

Si No

(b) En los próximos 12 meses, ¿podría darse esta circunstancia?

Si No

En caso afirmativo amplíen la información:

B: Información Sobre Siniestralidad

1. Indique si la Entidad solicitante, alguna Sociedad Filial o Participada, Sociedad de Cartera, Sociedad Vehículo 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, si está afectada por algún proceso penal o si existe algún hecho o circunstancia que razonablemente pueda dar lugar a una Reclamación contra cualquiera de las citadas personas o entidades. Si No

En caso afirmativo amplíen la información:

C: Reglamento General De Protección De Datos

1. ¿Cumple los requisitos previstos en el Reglamento General de Protección de datos UE 2016/679-(RGPD)? Si No
2. ¿Tiene conocimiento de alguna investigación o ha sido sancionado por la Agencia Española de Protección de Datos? Si No

En caso afirmativo amplíen la información:

D: Seguros Anteriores

- a) Indique si el Tomador del Seguro, los Asegurados, cualquiera de las Sociedades (Sociedades Filiales, Sociedades Participadas, Sociedades de Cartera, Sociedades Vehículo, etc.) para las que se requiere cobertura, tiene o ha tenido otra póliza de seguro similar a la que aquí se solicita (R.C. de Administradores y Altos Cargos y/o Responsabilidad Civil Profesional). Si No

Indique la Compañía Aseguradora, Límite, Fecha de Vencimiento y Siniestralidad.

- b) Indique si en el pasado ha sido rechazado o anulada este tipo de póliza al Tomador del Seguro o a los Asegurados. Si No

En caso afirmativo dar detalles.

E: Información adicional solicitada

- a) Organigrama(s) del(os) Fondo(s)/Sociedad(es).
- b) Últimas Memoria auditadas del Tomador del Seguro y del(os) Fondo(s) /Sociedad(es).
- c) Folleto y Reglamento del(os) Fondo(s) /Sociedad(es).
- d) Último Informe a los Inversores sobre la evolución de las inversiones.(por cada Fondo/Sociedad).
- e) Anexos A, B, y C debidamente cumplimentados.
- f) CV de los gestores del Fondo/Sociedad.

Se ruega leer estas notas orientadoras antes de rellenar el Cuestionario

RESPONSABLE: MARKEL INSURANCE SE, Sucursal en España (W2764898I), Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35,28020 de Madrid, markel@delegado-datos.com. **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:

Cargo:

Fecha: