

Cuestionario de Seguro D&O Excellence Plus Grandes Riesgos

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? Sí ☐ No ☐

(b) ¿Alguna fusión compra o venta? Sí ☐ No ☐

(c) ¿Conoce la Entidad solicitante alguna propuesta de cambio de control accionarial, fusión, compra o venta? Sí ☐ 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?

Sí ☐ 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?

Sí ☐ 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?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo indiquen nombre y porcentaje:

(b) ¿Entidades hermanas?

Sí ☐ No ☐

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

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

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo amplíen la información:

12. Indique el límite de indemnización solicitado:

☐ 1.000.000 €
 ☐ 2.000.000 €
 ☐ 3.000.000 €
 ☐ 5.000.000 €
 ☐ 6.000.000 €
 ☐ Otros:

13. (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?

Sí ☐ No ☐

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

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo amplíen la información:

14. Anexar Cuentas Anuales completas (incluyendo informe de auditoría) individuales del último año cerrado del tomador y (si las hubiera) de las sociedades hermanas, así como, si consolidara como grupo, cuentas anuales consolidadas. Todo ello del último ejercicio cerrado

B: Información sobre Siniestralidad

1. Indique si la Entidad solicitante, alguna Filial o Participada, 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.

Sí ☐ 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)?

Sí ☐ No ☐

2. ¿Tiene conocimiento de alguna investigación o ha sido sancionado por la Agencia Española de Protección de Datos?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo amplíen la información:

D. Sistema interno de información (canal de denuncias)

1. ¿Cumple los requisitos previstos en la Ley 2/2023, de 20 de febrero, de protección del informante en referencia al canal de denuncias?:

Sí ☐ No ☐ No obligados por dicha ley ☐

En caso de no cumplir con dichos requisitos, amplíen la información:

E: Rusia/Bielorrusia o Ucrania

1. ¿Tiene el Asegurado filiales , oficinas o empresas conjuntas en Rusia, Bielorrusia o Ucrania?

En caso afirmativo dar detalle:

2. ¿Qué porcentaje de los ingresos totales se genera por operaciones comerciales vinculadas con Rusia, Bielorrusia o Ucrania? Si ese porcentaje supera el 5%, ¿ha cuantificado cómo afectará su cuenta de resultados?

3. ¿Qué impacto tienen las sanciones recientemente anunciadas sobre Rusia/Bielorrusia en las actividades comerciales del Asegurado?

- a) ¿Tiene el Asegurado una relación bancaria corporativa importante con alguno de los bancos rusos sancionado?

- b) ¿Qué impacto tiene en el Asegurado la suspensión de varios bancos rusos de la red de pagos internacionales "SWIFT"? Por favor dar detalle.

4. ¿Qué procesos tiene el Asegurado para garantizar el cumplimiento de las sanciones recientemente anunciadas contra Rusia/Bielorrusia? ¿Ha llevado a cabo algún procedimiento para la supervisión de su cumplimiento? Por favor dar detalle.

- a) Debido a estas sanciones y a la situación actual, ¿tiene el Asegurado activos varados en Rusia, como por ejemplo, aviones alquilados, maquinaria y otros equipos o activos?

- b) ¿Se considerará una depreciación de los activos? Por favor, tenga en cuenta tanto los activos tangibles como los intangibles, así como las posibles empresas conjuntas que usted tenga dentro de Rusia y que podrían dar lugar a amortizaciones.

5. ¿Utiliza el asegurado cláusulas de fuerza mayor en sus contratos con los clientes? En caso afirmativo, ¿está la imposición de sanciones comerciales dentro de estas cláusulas de fuerza mayor? Por favor dar detalle.

6. ¿Algunos de los accionistas o miembros del consejo de administración del Asegurado son personas sancionadas?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo dar detalle.

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 INSURANCE SE, Sucursal en España, con domicilio en Paseo de la Castellana 259C, Planta 34, Torre de Cristal, 28046 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización N° E 0235.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es Alemania, la Autoridad de Control es BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), con domicilio en Graurheindorfer Str. 108I, 53117 Bonn, Alemania.
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, podrá Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso, o al departamento o área implicada de Markel Insurance SE, Sucursal en España.

En caso de no quedar satisfecho, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla por escrito a nuestro Servicio de Atención al Cliente:

Titular del Servicio: D^a Sandra Santos Matarranz

C/ Serrano 76, 6 Derecha

28006 – Madrid

Teléfono: 91 556 19 78

E-mail: atencioncliente@markel.com

b. Instancias externas de reclamación:

En caso de que su reclamación o queja no haya sido admitida, o se haya desestimado total o parcialmente su petición, o haya transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación ante el Servicio de Atención al Cliente sin que haya sido resuelta, Ud. podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En caso de disputa, usted podrá 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

RESPONSABLE: MARKEL INSURANCE SE SUCURSAL EN ESPAÑA, Paseo de la Castellana 259C, Torre de Cristal, planta 34, 28046 de Madrid, markel@delegado-datos.com, W2764898I. **FINALIDADES:** Estudio y cotización de la póliza solicitada a través de su corredor. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado. **CESIONES:** A los corredores responsables de la solicitud y, en los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la cotización y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. **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.aepd.es).

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:

Markel Insurance SE, Sucursal en España

Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, Planta 34, 28046 Madrid

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 37.853, Folio 1, Hoja M-674189, Inscripción 1
C.I.F.: W2764898I

Markel Insurance SE está regulada por BaFin ([Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht](http://www.bafin.de))

Markel Insurance SE, Sucursal en España está regulada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con código de inscripción E-0235.

