Cuestionario de Seguro D&O Excellence Plus Mercado Medio

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 o algún proceso de liquidación? 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:

MARKEL

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:

    ☐ € 300.000,00 ☐ € 500.000,00 ☐ € 2.000.000,00 ☐ € 3.000.000,00
    ☐ € 600.000,00 ☐ € 1.500.000,00 ☐ € 2.500.000,00 ☐ € 3.500.000,00
    ☐ Otro:

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. Información financiera del último ejercicio del Tomador, sus Filiales, participadas y entidades hermanas (en caso necesario, adjuntar un anexo):

Total Activos:	
Activo Corriente:	
Existencias:	
Capital social:	
Pasivo Corriente:	
Facturación:	
Rdo. De Explotacion (EBIT):	
Resultado del Ejercicio:	

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 ☐

MARKEL

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:

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 Nº 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.

MARKEL

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: Dª 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:	