Cuestionario de Responsabilidad Civil de Administradores y Altos Cargos
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 indiquen nombre y porcentaje:

(b) ¿Entidades hermanas? Si ☐ 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? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo amplíen la información:

12. 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:

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? Si ☐ No ☐

(b) En los próximos 12 meses, ¿podría darse esta circunstancia? Si ☐ 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:	
Capital Social:	
Patrimonio Neto:	
Activo Corriente:	
Pasivo Corriente:	
Resultado del Ejercicio:	
Facturación	

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. 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:

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	