

Cuestionario de Seguro de Sociedades Gestoras de Activos Financieros

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 Entidad

Tomador del Seguro:		C.I.F:		
Dirección:			Código Postal:	
Localidad:		Provincia:		
Fecha de creación de la Entidad Tomadora del Seguro:				

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

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

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

¿Algún cambio de control accionarial?

Sí ☐ No ☐

¿Alguna fusión compra o venta?

Sí ☐ No ☐

¿Conoce la Entidad solicitante alguna propuesta de cambio de control accionarial, fusión, compra o venta?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo amplíen la información:

- b) ¿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:

- c) ¿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:

- d) Indique el accionariado y porcentaje de la Entidad Tomadora del Seguro:

- e) ¿Tiene la entidad Tomadora del Seguro?

1. ¿Entidades Filiales y/o Entidades Participadas? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo por favor cumplimente el siguiente cuadro:

Nombre	% Participación	Fecha Constitución	Actividad	Domicilio

2. Detalle de las Sociedades Filiales, oficinas y sucursales en el extranjero:

Nombre	Nº Empleados	Ingresos	País

3. ¿Entidades hermanas? Sí ☐ No ☐

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

4. Número de empleados:

	Año Actual	Año Anterior
Consejeros /Directivos		
Operadores y otros		

5. Por favor facilite la siguiente información sobre la Actividad del solicitante y sus Sociedades Filiales:

	Nº empleados	Ingresos Actuales	Ingresos Año anterior	Activos Gestionados Actuales	Activos Gestionados Año anterior
Gestión de Activos - Carteras - Fondos - Servicios de Trust - Asesoramiento Financiero - Otros (especificar)					
Administración de Fondos					
Gestión de Fondos de Inversión Inmobiliaria					
Corporate Finance					
Entidades de Capital Riesgo					
Seguros					
Banca de Inversión					
Otros (especifique)					

6. Operaciones en Derivados:

¿Con qué fines se utilizan los productos Derivados?

Especulativo: %

Protector/Hending %

¿Se utilizan los Derivados como mecanismo de cobertura para terceros o se toman posiciones en ellos por cuenta propia? En caso de terceros ¿se realiza con autorización del cliente?

¿Se dispone de sistemas informáticos que permiten seguir en tiempo real en cada momento la exposición del solicitante y las posiciones abiertas en Productos Derivados?

¿Cómo y con qué frecuencia se informa al cliente de su posición en derivados?

7. Tiene o ha tenido el solicitante exposición a:

Valores Garantizados por Activos (ABSs)

Sí ☐ No ☐

Fondos Negociados en Bolsa (ETFs)

Sí ☐ No ☐

Fondos gestionados por Madoff o Lehman Brothers

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo por favor detalle:

8. ¿Ha proporcionado el solicitante o sus Sociedades Filiales un servicio nuevo en los últimos 3 años? Por favor explique en detalle:

9. ¿Tiene el solicitante o sus Sociedades Filiales intención de ofrecer un servicio, producto o Fondo nuevo a sus clientes en los próximos 12 meses? Por favor explique en detalle:

10. Detalle para el solicitante y sus Sociedades Filiales el porcentaje e importe de ingresos generados a partir de las siguientes actividades en el último ejercicio:

	Importe €	%
Operaciones por cuenta propia		
Operaciones para terceros		

11. Fondos gestionados:

Fondo(s) de Gestionado(s)	Fecha de Constitución

Inicialmente solo se incluirán en póliza los Fondos arriba indicados.

1 - Perfil del Fondo:

Por cada Fondo gestionado, por favor cumplimente las siguientes preguntas:

- a) Fondo

Nombre:

Fecha de inscripción:

Clase de Fondo:

Dirección:

Numero inversores:

Inversión mínima prevista:

Capital bajo gestión:

Apalancamiento:

Ámbito geográfico:

Sectores de actividad en los que invierte:

Resultados en los 3 últimos años:

Rentabilidad del Fondo desde el inicio:

% en manos de la Sociedad Gestora:

b) Perfil de los inversores:

Personas Físicas / Clientes minoristas	Sí ☐	No ☐	%
Entidades Financieras	Sí ☐	No ☐	%
Entidades no Financieras	Sí ☐	No ☐	%
Fondos de Pensiones	Sí ☐	No ☐	%
Fondos de Capital Riesgo	Sí ☐	No ☐	%
Family Office/ High Net Worth individuals	Sí ☐	No ☐	%
La Sociedad Gestora	Sí ☐	No ☐	%
Otros (especifique)	Sí ☐	No ☐	%

c) Nacionalidad de los Inversores:

UE	%
USA / Canadá	%
Resto del mundo	%

2 - Procedimientos Internos – Ejecución de Órdenes:

- a) Al ejecutar órdenes de compra/venta de valores, ¿qué controles existen para asegurar una correcta ejecución?
Por favor describa los procedimientos y verificaciones seguidos:

- b) ¿Se exige orden firmada del cliente previa a la ejecución de la orden y en su caso igualmente se comprueba con la Entidad que los fondos están disponibles en la cuenta para la ejecución? Sí ☐ No ☐
- c) Existen dispositivos informáticos que alerten y requieran confirmación si la operación a realizar representa un importe significativo? Sí ☐ No ☐
- d) Al recibir órdenes de compra/venta de valores o de transferencia de fondos, ¿se aceptan tanto si son:
inversiones?
- ¿Por correo? Sí ☐ No ☐
- ¿Por teléfono? Sí ☐ No ☐
- ¿Por correo electrónico? Sí ☐ No ☐
- e) ¿Se graban las conversaciones que recogen órdenes telefónicas? Sí ☐ No ☐

f) ¿Se confirma la realización de la orden y sus términos al cliente? ¿Cómo? ¿Cuándo? Sí ☐ No ☐

g) ¿Existen Cuentas Discrecionales gestionadas con total libertad por el Solicitante o sus Sociedades Filiales? Sí ☐ No ☐

Por favor dar detalle del número, valor y quién las gestiona:

h) ¿Existe algún tipo de exoneración de responsabilidad o advertencia por escrito de cara al cliente en relación a los posibles resultados? Sí ☐ No ☐

i) ¿Cuenta el solicitante con una lista aprobada de valores en los que pueda invertir? Sí ☐ No ☐

¿Cómo podría detectarse un error en este sentido? Por favor explique en detalle:

j) ¿Tiene la solicitante establecido un proceso para monitorizar regularmente:
La adecuación de las inversiones al perfil y/o mandato del inversor? Sí ☐ No ☐

La adhesión a los folletos informativos y acuerdos de mandatos de inversión? Sí ☐ No ☐

k) De acuerdo con los procedimientos internos ¿cuál es el esquema de cantidades y poderes para ejecución de órdenes y operaciones por niveles?

l) ¿Con qué frecuencia se envía documentación a los clientes o inversores sobre el estado de sus cuentas?

¿Quién prepara la documentación?

¿Quién tiene acceso a la mismas?

3 - Administración – Cumplimiento Normativo:

a) Tiene la solicitante un plan de recuperación de información aprobado para catástrofes y de continuidad de negocio para todas las operaciones? Sí ☐ No ☐

Por favor dar detalles (frecuencia, revisión, etc.)

b) Tiene el solicitante un departamento de Auditoría Interna?

Sí ☐ No ☐

¿Cuántas personas lo integran?

¿A quién reportan?

Frecuencia de las auditorías

¿Incluyen a todas las Sociedades Filiales?

¿Se implementan todas las recomendaciones?

En caso contrario, ¿quién realiza dichas funciones? ¿está externalizado?

c) Indique la firma de los Auditores Externos:

¿Ha cambiado de Auditores Externos en los últimos 3 años?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo especifique los motivos.

¿Han emitido una opinión con salvedades o recomendaciones en los últimos 3 años?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo por favor dar detalles:

d) Tiene el solicitante un departamento de Asesoría Jurídica?

Sí ☐ No ☐

¿Cuántas personas lo integran?:

¿Revisan todas las publicaciones del solicitante y sus Sociedades Filiales?

Sí ☐ No ☐

¿Realizan servicios a terceros? En caso afirmativo por favor dar detalles.

Sí ☐ No ☐

En caso negativo, ¿quién realiza dichas funciones? ¿está externalizado?

e) Indique si existen manuales de procedimientos escritos para los siguientes aspectos:

Blanqueo de Capitales	f)	Sí ☐	No ☐
Protección de Datos	g)	Sí ☐	No ☐
Cumplimiento Normativo	h)	Sí ☐	No ☐
Risk Management/Controles Internos	i)	Sí ☐	No ☐
Manual de Operaciones de todas las divisiones operativas	j)	Sí ☐	No ☐
Prácticas de Ventas	k)	Sí ☐	No ☐
"Fair Value Pricing"	l)	Sí ☐	No ☐
Código de Conducta	m)	Sí ☐	No ☐
Estrategia de inversión	n)	Sí ☐	No ☐
Conflicto de interés	o)	Sí ☐	No ☐
Uso de información privilegiada	p)	Sí ☐	No ☐
Prácticas de asignación de corretaje	q)	Sí ☐	No ☐
Prácticas de asignación comercial	r)	Sí ☐	No ☐

¿con qué frecuencia se revisan?

¿Se requiere que todos los empleados confirmen por escrito que han leído los manuales? Sí ☐ No ☐

f) ¿Se ha producido algún cambio o modificación en los últimos años del equipo gestor? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo por favor dar detalles.

g) ¿Ha sido el solicitante adquirido por otra entidad, fusionado o ha adquirido otra entidad en los últimos 5 años? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo por favor dar detalles.

4 - Solicitud de Seguro

a) 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:

b) Indique la fecha de efecto de la cobertura solicitada.

B: Información Sobre Siniestralidad

1. Indique si la Entidad solicitante, alguna Sociedad 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:

2. 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 ☐

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

Sí ☐ No ☐

i. En caso afirmativo amplíen la información:

C: Reglamento General de Protección de Datos / Canal de Denuncias

1. ¿Cumple los requisitos previstos en el Reglamento General de Protección de datos UE 2016/679-(RGPD)?

Sí ☐ No ☐

¿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:

¿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 ☐

D: Seguros Anteriores

- a) Indique si el Tomador del Seguro, los Asegurados, cualquiera de las Sociedades (Sociedades Filiales, Sociedades Participadas, 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).

Sí ☐ 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

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo dar detalles.

E: Información adicional solicitada

- a) Organigrama de la Entidad.
- b) Últimas Memoria auditadas del Tomador del Seguro y del(os) Fondo(s).
- c) Folleto y Reglamento(os) del(os) Fondo(s).
- d) Material de Marketing y documentos informativos a los Inversores..

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**)

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

