

## CUESTIONARIO DEL PRODUCTO "TRICOVER" PARA MEDIADORES DE SEGUROS

Se ruega leer estas notas antes de rellenar el cuestionario.

- Este cuestionario abarca las coberturas de Responsabilidad Civil Profesional en base a "Claims Made". El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el Asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.
- Para la contratación del seguro, el cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que esté legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro correspondiente para la empresa que actúa como solicitante.
- Es deber del solicitante aportar la información que en el cuestionario se indica, así como dar a conocer cualquier hecho relevante que deba ser comunicado al Asegurador. Ante cualquier duda, por favor consulte.
- Es importante responder a todas las preguntas. En aquellos casos en los que algo no aplique, rogamos lo indiquen, pero que no se dejen cuestiones sin responder o en blanco.
- Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro, pero en caso de formalizarse el mismo, formará parte del Contrato de Seguros que se emita.
- En caso de necesitar más espacio para contestar cualquier pregunta, por favor complete dicha información en otras hojas y adjúntelas al cuestionario.
- Le rogamos incorpore toda aquella información que considere pueda resultar relevante con respecto del riesgo en cuestión, tales como los estados financieros, folletos, documentos informativos, etc. En caso de duda sobre si una información es material o no, rogamos la aporte.
- Con la firma de este cuestionario, el solicitante declara que la información contenida en el mismo es veraz, que no se ha suprimido u ocultado información material, que concuerda con la verdad a su leal saber y entender y que no oculta información o intenta mentir o cometer fraude respecto de cualquier tema contenido en la presente solicitud. De la misma manera, se acepta que el deber de aportar la información material se mantiene tras la cumplimentación de este cuestionario y a lo largo del Periodo de Seguro (y extensión al mismo) respecto del cual este formulario ha sido la base para la contratación del seguro.

---

### INFORMACIÓN PRECONTRACTUAL

De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

1. Que el contrato de seguro se celebra con ciertos Sindicatos del LLOYD'S, Entidad domiciliada en 1 Lime Street EC3M 7HA, Londres, Inglaterra (Reino Unido) LLOYD'S es una Asociación de Suscriptores constituida por Ley Parlamentaria. Los Aseguradores serán los Sindicatos del LLOYD'S mencionados en el contrato de seguro.
2. Que el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y que, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien corresponde dicho control es la "Financial Services Authority", con domicilio en 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 SHS, Inglaterra.
3. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

---

### PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que, mediante la cumplimentación de este formulario, los datos personales en el incluidos quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros de Hispania Risk Broker, S.A. o cualquiera de sus sociedades, al objeto de la suscripción, celebración y gestión de contratos de seguro y, en especial, para la prestación de servicios, tramitación de propuestas, tramitación de reclamaciones y pago de prestaciones. Le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, en [info@hispaniarb.com](mailto:info@hispaniarb.com)

**I. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE:**

NOMBRE COMPLETO DE LA SOCIEDAD Y DE SUS FILIALES:

FECHA DE CONSTITUCIÓN:

DIRECCIÓN:

CIF:

LOCALIDAD:

C.P.:

**2. ACTIVIDAD Y CLAVE:**

Clave:

**3. DATOS DEL PERSONAL;**

a) Número de empleados incluyendo Directores y Consejeros:

b) Número de colaboradores externos:

**4. DATOS DEL NEGOCIO:**

a) ¿Qué porcentaje del negocio es:

- directo de asegurados?:

- aceptado de colaboradores?:

- cedido a colaboradores?:

b) Especifique el porcentaje aproximado de actividad por línea de negocio:

RIESGOS SENCILLOS (%)

- Autos

- Vida Riesgo

- Hogar

- Accidentes

- Multirriesgos sencillos

- Transportes

RIESGOS NORMALES (%)

- Responsabilidades Civiles

- Vida Inversión/Pensiones

- Colectivos Accidentes

- Embarcaciones

- Riesgo industrial sencillo

RIESGOS AGRAVADOS (%)

- Riesgo Industrial

- RC Sanitaria

- Agrícola

- Aviación

- Marítimo

*La suma de los tres porcentajes debe ser igual al 100%.*

Por favor, aporte todos los detalles/comentarios que considere necesarios al hacer este desglose de cartera:

c) ¿Tiene alguna autorización para la cotización de riesgos en firme en nombre de alguna compañía de seguros?:

Sí (detallar)

No

d) ¿Coloca negocio en Lloyd's (especifique porcentaje aproximado y aporte detalles):

- a través de un Lloyd's broker?:

Sí  No

- indirectamente a través de otro intermediario?:

Sí  No

#### 5. DATOS ECONÓMICOS:

	ÚLTIMO EJERCICIO COMPLETO (2015)	AÑO EN CURSO (2016)	PREVISION AÑO (2017)
a) Primas intermediadas:			
b) Comisiones brutas:			
c) Honorarios:			
d) Comisiones cedidas:			

#### 6. DATOS SOCIETARIOS (a cumplimentar únicamente si se solicita la cobertura de D&O):

a) Cuántos accionistas tiene la compañía:

b) Determine el número total de acciones emitidas:

c) Especifique el número total de acciones que pertenecen a Directores y/o Consejeros de la empresa (de forma directa o como beneficiarios):

d) Aporte detalles de todos los accionistas que posean al menos el 10% de la compañía:

NOMBRE	PORCENTAJE DE ACCIONES

e) En los últimos cinco años:

- ¿Ha cambiado el nombre de la empresa?

Si  No

- ¿Se ha producido alguna fusión o adquisición?

Si  No

- ¿Ha cambiado la estructura accionarial de la matriz?

Si  No

En caso afirmativo a cualquier pregunta, por favor, detalle:

f) Si la respuesta a alguna de las preguntas siguientes es "Sí", para cualquiera de las sociedades a asegurar, por favor presente copias del último balance de situación y de la cuenta de pérdidas y ganancias de dichas compañías.

- ¿Cotiza la sociedad en alguna bolsa de valores? Si No
- ¿Son los activos de la sociedad, incluidas sus filiales o participadas, superiores a 15.000.000 Euros? Si No
- ¿Ha sufrido cualquier sociedad a asegurar una pérdida antes de impuestos durante más de dos ejercicios seguidos en los últimos 5 años? Si No
- ¿Es mayor el pasivo circulante que el activo de cualquier de las sociedades a asegurar? Si No
- ¿Ha estado sometida cualquier de las sociedades a asegurar procedimientos de quiebra o insolvencia en los últimos 5 años? Si No

g) Complimentar el estado de situación financiera transcrito a continuación.

	Ejercicio previo 2013	Ejercicio fiscal 2014	Ejercicio fiscal 2015
Patrimonio Neto			
Activo circulante			
Activo totales			
Pasivo circulante			
Deuda a largo plazo			
Beneficio después impuestos			

## 7. INFORMACIÓN RELATIVA AL TRATAMIENTO DE DATOS:

- a) ¿Tiene algún procedimiento establecido para el procesamiento de datos personales que se ajusten a la Ley vigente? Si No
- b) ¿Están todos los empleados que procesan datos personales entrenados/formados para el uso/manejo de dichos datos? Si No
- c) ¿Realizan cesión o comunicación de datos personales? (se entiende como cualquier revelación de datos realizada a una persona distinta del Asegurado, otras empresas, Administración Pública, etc.) Si No
- d) ¿Comprueba que las terceras compañías que procesan datos personales y respecto de las cuales es Responsable cumplen con los requerimientos de la legislación? Si No
- e) ¿Existen accesos a sus ficheros con datos personales por cuenta de terceros? (cuando dicho acceso sea necesario para la prestación de un servicio) Si No
- f) ¿Se informa a los interesados (personas físicas) de la existencia y finalidad del fichero, así como de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos? Si No
- g) ¿Dispone su empresa de un documento de seguridad en el que consten medidas de seguridad técnica y organizativa que garanticen una adecuada seguridad de los datos contenidos en el sistema de información? Si No
- h) ¿Ha inscrito su empresa ficheros en el Registro General de la Agencia de Protección de Datos (aún sin adoptarlas medidas de seguridad exigidas por la normativa)? Si No
- i) ¿Tienen acceso a los ficheros de datos de carácter personal todos sus empleados? Si No
- j) ¿Dispone la empresa de políticas de seguridad relacionadas con los siguientes aspectos?
  - Copias de seguridad Si No
  - Contraseñas de acceso al sistema informático Si No
  - Navegación web (descargas de aplicaciones, acceso a contenidos, etc.) Si No
  - Uso de correo electrónico (archivos adjuntos, correo externo, cifrado) Si No
  - Informática móvil (portátiles) Si No
- k) ¿Ha contratado alguna vez a un consultor externo para realizar una auditoría de sus archivos de datos personales?  
En caso afirmativo:
  - Indique la fecha de la última auditoría
  - ¿Han sido implementadas todas las recomendaciones de la auditoría?: Si No
- l) ¿Adjunta copia de la última auditoría? Si No

## 8. SEGUROS PREVIOS:

a) ¿Tiene actualmente un seguro para cubrir los riesgos derivados de...?

	RC Profesional		Protección de Datos		Direct. y Consej. (D&O)	
	Si	No	Si	No	Si	No
<i>En caso afirmativo:</i>						
- Asegurador:						
- Límite indemnización:						
- Franquicia:						
- Prima neta anual:						
- Fecha renovación:						

b) Opción de cobertura solicitado:

<input type="checkbox"/> <b>Opción básica</b>	RC Profesional	2.000.000 €
<input type="checkbox"/> <b>Opción A</b>	RC Profesional Protección de Datos D&O Agregado anual	2.000.000 € 150.000 € 150.000 € 2.000.000 €
<input type="checkbox"/> <b>Opción B</b>	RC Profesional Protección de Datos D&O Agregado anual	2.000.000 € 300.000 € 300.000 € 3.000.000 €
<input type="checkbox"/> <b>Opción C</b>	RC Profesional Protección de Datos D&O Agregado anual	3.000.000 € 600.000 € 600.000 € 3.600.000 €

**9. SINIESTRALIDAD:**

- a) Después de realizar una investigación exhaustiva, ¿se ha interpuesto en alguna ocasión una reclamación contra el solicitante o alguna de las empresas objeto de este seguro, que esté relacionada con alguna de las materias que se pretende asegurar por la presente solicitud? Si No

En caso afirmativo, por favor, aporte detalles completos, incluyendo el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados:

- b) ¿Después de indagar, el solicitante, filial o cualquier persona que quiera cubrir conocen o están al tanto de cualquier acto negligente, error u omisión, o de cualquier otro hecho, circunstancia o situación que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación? Si No

En caso afirmativo, por favor facilite información completa y detallada:

- c) El solicitante o cualquier filial o persona que se quiera cubrir:
- ¿Ha recibido alguna orden de cese de actividades, por algún motivo por parte de la Administración? Si No
  - ¿Ha estado sujeto a algún tipo de investigación por parte de la Administración? Si No
  - ¿Ha recibido reclamaciones o sanciones derivadas o relacionadas con protección de datos? Si No
  - ¿Ha sido objeto de un procedimiento de tutela de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por parte de la Agencia de Protección de Datos u organismo similar? Si No
  - ¿Tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a cualquier tipo de reclamación / sanción cubierta por cualquiera de las coberturas de la presente póliza? Si No

**Para la emisión de la póliza es necesario que este cuestionario esté firmado y fechado con menos de un mes a la fecha de efecto de la póliza**

FIRMA:

CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA:

FECHA: