Cuestionario / Solicitud para Despachos
Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

1. Datos generales

Tomador de la Póliza:_____ **C.I.F.:**_____

Fecha de creación de la empresa:_____

Domicilio Social:_____

Ciudad:_____ **C.P.:** _____ **Teléfono:**_____

Correo electrónico:_____ **Persona de contacto:**_____

2. Actividad / Facturación / Plantilla

2.1 Descripción completa y detallada de la actividad. Indique si parte de su actividad se desarrolla fuera de la Unión Europea y en caso afirmativo, si realiza trabajos en Estados Unidos o Canadá.

Actividad y campo de actuación		(%)	Desglose de facturación / honorarios		
Actividad	Ámbito geográfico	(%)	2013	2014	Estimación 2015
TOTAL:					

2.2 Número Total de Empleados:

- **Número de Socios y Grado de cualificación:**

Titulación	Nº de Socios

- **Desglose de Empleados Titulados y su cualificación:**

Titulación	Antigüedad

3. Datos generales

3.1. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años?

Sí ☐ **No** ☐

Si la respuesta es si, por favor facilite información sobre el importe reclamado, pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causante de la reclamación.

……

……

……

……

3.2 ¿Tiene usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación?

Sí ☐ **No** ☐

4. Indique el/los límites de indemnización sobre el que desea recibir cotización:

- **Límite de Responsabilidad Civil Profesional que desearía contratar:**

150.000 € ☐	**600.000 €** ☐	**1.500.000 €** ☐	**2.000.000 €** ☐
300.000 € ☐	**1.200.000 €** ☐	**1.800.000 €** ☐	**3.000.000 €** ☐

El abajo firmante declara, en su nombre y en el de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas. Además, el abajo firmante declara que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad para actuar como su agente con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a esta solicitud y a la Póliza.

El abajo firmante se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación que se produjera en la información descrita en la presente solicitud.

La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.

Se acuerda que esta solicitud, junto con cualquier otra información facilitada se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de seguro.

Sociedad: **Cargo:**

Firmado: **Fecha:**

De conformidad con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, los datos solicitados a través de este formulario serán incorporados a ficheros automatizados de Aon Gil y Carvajal S.A.U., Correduría de Seguros (en adelante los "Responsables del fichero") e inscritos en el Registro de Protección de Datos y serán objeto de tratamiento automatizado, con la finalidad de valorar y determinar el riesgo asegurado y la gestión de la póliza que se suscriba, así como la prestación, mantenimiento, administración, ampliación, mejora y estudio de los servicios en los que usted decida darse de alta, contratar o solicitar información. En cualquier caso, Aon Gil y Carvajal S.A.U., garantiza la confidencialidad y el tratamiento seguro de los datos personales facilitados de conformidad con la vigente normativa sobre protección de datos. La finalidad de la recogida y tratamiento automatizado de los datos personales incluye igualmente el envío, por medios tradicionales y electrónicos, de información operativa y comercial acerca de productos y servicios, ofrecidos por Aon Gil y Carvajal S.A.U., Correduría de Seguros. El titular autoriza a Aon Gil y Carvajal S.A.U., Correduría de Seguros a incluir sus datos personales en su ficheros, así como para su utilización y tratamiento, automatizado o no, para los citados fines. Así mismo, Aon Gil y Carvajal S.A.U., Correduría de Seguros podrá comunicar los datos a las empresas del Grupo Empresarial al que pertenece con los mismos fines precitados con anterioridad, considerándose el titular informado de esta cesión a través de la presente cláusula. Asimismo, los "responsables del fichero" le informan que cumplen con las medidas de seguridad de protección de datos personales legalmente requeridas y que ha adoptado todas las medidas razonablemente exigibles conforme a los conocimientos técnicos actuales para evitar la pérdida, mal uso, alteración, intrusión ilegítima y sustracción de los datos personales facilitados a los "responsables del fichero". Los "responsables del fichero", modificarán esta política en consonancia con la evolución judicial y jurisprudencial referida a la política de protección de datos personales, mediante la comunicación de las modificaciones que se produzcan con razonable antelación. Los "responsables del fichero" le informan igualmente que usted podrá en cualquier momento denegar el consentimiento facilitado y ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos en sus respectivos ficheros, dirigiéndose para ello mediante carta a Aon Gil y Carvajal, S.A.U., calle Rosario Pino 14-16, 28020-Madrid. (Att. Asesoría Jurídica). A los efectos de los dispuesto en la Ley 22/2007, se le informa que dispone de un plazo de 14 días para desistir del contrato de seguro.