

Solicitud – Cuestionario de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

La cumplimentación y firma de este cuestionario no vincula a la persona o sociedad a la que se representa a suscribir una póliza de seguro, pero si finalmente se contratara y emitiera el seguro, este cuestionario servirá de base al contrato de póliza, y se adjuntaría y formaría parte de la misma.

Es importante que conteste a todas las preguntas. En caso de que no tenga espacio suficiente en los apartados correspondientes del cuestionario, puede añadirlo en hoja aparte con el membrete del solicitante.

Aunque la gran mayoría de las preguntas están en formato de respuestas simples, por favor no dude en facilitar cualquier información adicional que sea relevante o aclaratoria para responder a las cuestiones aquí planteadas así como para completar las respuestas de las cuestiones indicadas.

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

- | | | | |
|---|-----|---------|-----|
| 1. Nombre de la sociedad matriz: | [] | | |
| 2. CIF: | [] | | |
| 3. Domicilio Social: | [] | | |
| 4. Ciudad: | [] | 5. C.P: | [] |
| 6. Teléfono: | [] | 7. Fax: | [] |
| 8. E-mail: | [] | 9. Web | [] |
| 10. Fecha de constitución: [] | | | |
| 11. Nombre, Apellidos y cargo de la persona que firma la presente Solicitud/Cuestionario: [] | | | |

II. ACTIVIDAD PROFESIONAL E INGRESOS

1. Por favor, enumeren todas las actividades principales e indiquen la distribución aproximada de su facturación total de honorarios / ingresos brutos que representan:

Actividades/Especificar especialidades dentro de la abogacía	Año actual	Próximos 12 meses
	%	%
	%	%
	%	%
	%	%
Otros (por favor, especificar)	%	%
Total	100%	100%

NOTA: si su actividad profesional es ejercicio de la abogacía, por favor incluir detalle de facturación por disciplina legal, especificar si se ha hecho/se hace/ o se prevé realizar la Administración Concursal. Confirmación de número de concursos en los que participan y tipología de los mismos

2. Por favor, indiquen la distribución aproximada de su facturación total de honorarios / ingresos brutos que representa lo siguiente:

Facturación Indicar la fecha del cierre del ejercicio:	Ejercicio Pasado	Ejercicio Actual	Estimaciones Próximo Ejercicio
Unión Europea	€	€	€
EE.UU/ Canadá	€	€	€
Resto del Mundo	€	€	€
Total			

- 2.1 ¿Tiene la Sociedad alguna filial o activos en EE.UU o Canadá? Sí No

3. Número total de empleados:

Divida a los empleados por categorías profesionales (alta dirección, administrativos, etc...).

Categorías Profesionales	Número
[]	[]
[]	[]
[]	[]
[]	[]
[]	[]
[]	[]
[]	[]

4. ¿Utilizan con sus clientes contratos estándar revisados por asesores legales? Sí No
5. ¿Han obtenido alguna certificación de Control de Calidad (ISO o similar)? Sí No
6. ¿Es la Sociedad o algún Socio/Gerente/Directivo miembro de algún consorcio o de alguna Asociación profesional u organización reguladora? Sí No

III. PROVEEDORES DE PRODUCTOS Y SERVICIOS / SUBCONTRATISTAS

1. ¿Se contrata a proveedores y subcontratistas mediante acuerdos escritos? Sí No
2. ¿Qué actividades subcontratan a proveedores de servicios? []
3. ¿Auditan a los subcontratistas durante la duración de sus contratos? Sí No
4. Por favor, especificar qué proporción del volumen total de negocio de la Sociedad se halla subcontratado a terceros: ____ %
5. Exigen a los subcontratistas que tengan su propio seguro de responsabilidad civil profesional? Sí No

IV. COBERTURAS PREVIAS Y SINIESTRALIDAD

El solicitante o alguna de sus filiales o participadas, después de realizar las oportunas averiguaciones:

a. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de alguna reclamación de responsabilidad civil profesional que se haya efectuado contra la Sociedad o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores, Gerentes o empleados pasados o actuales? **Sí** **No**

b. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación de responsabilidad civil profesional contra la Sociedad o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores, Gerentes o empleados pasados o actuales? **Sí** **No**

Si ha contestado afirmativamente algunas de las cuestiones "a" o "b" indique detalles en el siguiente cuadro. Le recordamos que es necesario que conteste de forma correcta a estas preguntas. NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SUS DERECHOS, en caso de que tenga lugar una reclamación

Fecha de la Reclamación	Fecha de prestación del servicio	Descripción del siniestro	Importe Reclamado	Importe Indemnizado	Situación (Abierto/Cerrado)

V. SUMA ASEGURADA

300.000 € 1.500.000 €
 600.000 € 2.000.000 €
 1.000.000 € Otros

VI. DECLARACIÓN

El abajo firmante, en representación del solicitante, declara que las informaciones comunicadas en este cuestionario son verdaderas y que no he omitido voluntariamente ni suprimido cualquier hecho. Acepto que las declaraciones hechas en este cuestionario así como la información facilitada en otros documentos sirven de base a la póliza y forman parte de la misma. Asimismo, me comprometo a informar al Asegurador de cualquier modificación a estas declaraciones que pudiera tener lugar entre la fecha de este cuestionario y la fecha de efecto de la póliza.

Hecho en [], con fecha [] de [] de 20[].

FIRMA DEL REPRESENTANTE Del SOLICITANTE:

SELLO DE LA SOCIEDAD :

VII. ANEXOS

Por favor adjunte la siguiente información adicional:

- Última memoria anual auditada