

Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Agentes Financieros y Empresas Asesoramiento Financiero (EAF)

AVISO IMPORTANTE

Por favor lea atentamente las siguientes notas antes de rellenar el cuestionario

Su PÓLIZA de Responsabilidad Civil Profesional está emitida en base a RECLAMACIONES. Esto significa que su PÓLIZA responde a:

- 1) RECLAMACIONES que se formulen contra el ASEGURADO por primera vez durante el PERIODO DE SEGURO y se notifiquen al ASEGURADOR durante dicho PERIODO DE SEGURO, **siempre que el ASEGURADO no tenga conocimiento en ningún momento con anterioridad a la Fecha de Efecto de circunstancias que pudiera razonablemente dar lugar a una RECLAMACION y**
- 2) El ASEGURADOR no será responsable bajo la PÓLIZA de RECLAMACIONES que se formulen con posterioridad a la fecha de vencimiento del PERIODO DE SEGURO aunque el evento que haya dado lugar a la reclamación haya ocurrido durante la vigencia de la PÓLIZA.

Al rellenar el cuestionario, tiene que declarar y facilitar información completa y detallada de las circunstancias que sea conocidas por el ASEGURADO y que razonablemente puedan dar lugar a una RECLAMACIÓN.

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formara parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.

1. Datos generales

Tomador de la Póliza:		C.I.F./N.I.F.:	
Domicilio Social:			
Ciudad:		C.P.:	
Teléfono:		Email:	
Fecha de creación de la empresa:			
Nombre Completo de la persona que firma el cuestionario:			

2. Tipo de Sociedad

Marque con una x la actividad de su empresa y cumplimente el anexo correspondiente.

Agente financiero	
Asesoramiento financiero (EAF)	

3. Información Adicional

3.1	¿Realiza trabajos fuera de la Unión Europea?	SI		NO	
	En caso afirmativo, ¿Realiza trabajos en Estados Unidos / Canadá?	SI		NO	

3.2	¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años?	SI		NO	
Si la respuesta es afirmativa, por favor facilite información sobre el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causantes de la reclamación.					

3.3	¿Tiene usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación?	SI		NO	
Si la respuesta es afirmativa, por favor dar detalles					

3.4	¿Desarrolla la actividad de Coordinador de Seguridad y Salud según viene regulada en el Real Decreto 1627/1997 de 14 de Octubre?	SI		NO	
	En caso afirmativo, ¿los honorarios percibidos por esta actividad superan el 25% de sus honorarios totales?	SI		NO	
	Si no supera el 25% del total de los honorarios, ¿desea amparar esta actividad bajo el seguro?				

3.5	¿Desarrolla actividades relacionadas con el medio ambiente?	SI		NO	
-----	---	----	--	----	--

En caso afirmativo, ¿desea reemplazar la exclusión de contaminación por una cobertura para Reclamaciones por contaminación súbita y accidental?	SI		NO	
---	----	--	----	--

3.6	¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional?	SI		NO	
-----	---	----	--	----	--

En caso afirmativo, por favor de detalles:	
Nombre del Asegurador:	
Límite de Indemnización:	
Prima:	
Franquicia:	
Fecha de vencimiento de la Póliza:	

3.7	Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:
-----	---

<u>OPCIÓN AGENTE FINANCIERO (*)</u>				<u>MARCAR LA</u>
<u>FACTURACION ANUAL</u>	<u>CAPITAL ASEGURADO</u>	<u>FRANQUICIA</u>	<u>PRIMA TOTAL ANUAL AGENTE FINANCIERO</u>	<u>OPCIÓN DESEADA</u>
Hasta 350.000€	300.000€	10%, mínimo 1.500€	1.216,69€	<input type="checkbox"/>
Hasta 350.000€	300.000€	Sin franquicia	1.400,54€	<input type="checkbox"/>
Hasta 350.000€	500.000€	10%, mínimo 1.500€	1.514,10€	<input type="checkbox"/>
Hasta 350.000€	500.000€	Sin franquicia	1.752,03€	<input type="checkbox"/>
Hasta 350.000€	1.000.000€	10%, mínimo 1.500€	1.892,62€	<input type="checkbox"/>
Hasta 350.000€	1.000.000€	Sin franquicia	2.179,22€	<input type="checkbox"/>
Más 350.001€	300.000€	10%, mínimo 1.500€	Cotización personalizada	<input type="checkbox"/>
Más 350.001€	300.000€	Sin franquicia	Cotización personalizada	<input type="checkbox"/>
Más 350.001€	500.000€ <input type="checkbox"/>	10%, mínimo 1.500€ <input type="checkbox"/>	Cotización personalizada	<input type="checkbox"/>
	1.000.000€ <input type="checkbox"/>	Sin franquicia <input type="checkbox"/>		

<u>OPCIÓN EMPRESA ASESORAMIENTO FINANCIERO EAF (*)</u>				<u>MARCAR LA</u>
		<u>FRANQUICIA</u>	<u>PRIMA TOTAL ANUAL EAF</u>	<u>OPCIÓN DESEADA</u>
Hasta 350.000€	1.000.000€	Sin franquicia	2.179,22€	<input type="checkbox"/>
Más 350.001€	1.000.000€	Sin franquicia	Cotización personalizada	<input type="checkbox"/>

(*) persona física o jurídica.

4. Actividad / Facturación

Descripción completa y detallada de la actividad. Volumen de honorarios y/o facturación del último ejercicio cerrado así como estimación de cierre del ejercicio en curso.

5. Información sobre la plantilla

Número Total Empleados:	
-------------------------	--



Número de Socios:	
Número de Personal Titulado:	
Desglose del personal titulado indicando su cualificación:	

DATOS BANCARIOS

Autorizo a **DUAL Ibérica Riesgos Profesionales, S.A.U. con CIF A82111030 (Agencia de Suscripción.)**, a cargar los recibos correspondientes, en la siguiente entidad bancaria:

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DECLARACIÓN

El abajo firmante declara, en su nombre y en 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 relevante 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.

Firma

Firmado		Cargo	
Sociedad		Fecha (día, mes, año)	

* Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten con su Corredor de Seguros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En relación con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo), le informamos que sus datos serán tratados, por cuenta de los Aseguradores que forman parte de sus respectivos contratos de suscripción, conforme a lo establecido en el citado Reglamento para la ejecución de un contrato de seguro siendo sus finalidades la suscripción y gestión de pólizas de seguro y, en especial, la prestación de servicios, tramitación de propuestas, tramitación de reclamaciones y pago de siniestros. A los efectos oportunos y para el ejercicio de sus derechos legalmente reconocidos puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos de la Agencia de Suscripción DUAL Ibérica Riesgos Profesionales SAU en la dirección dualdatos@dualiberica.com. Dichos datos personales serán mantenidos debidamente protegidos mientras esté vigente el contrato de seguro.

Para ampliar información sobre nuestra Política de Privacidad puede acudir a:

http://www.dualiberica.com/files/documents/Clausula_Proteccion_de_Datos.pdf



Este Anexo forma parte del cuestionario. La firma del cuestionario implica necesariamente la firma de este anexo.

▪ **Agentes y Asesores Financieros Datos facturación:**

Actividad relacionada con:	%	Ultimo ejercicio cerrado	Estimación ejercicio en curso
Agente Financiero	100		
Empresa Asesoramiento Financiero	100		