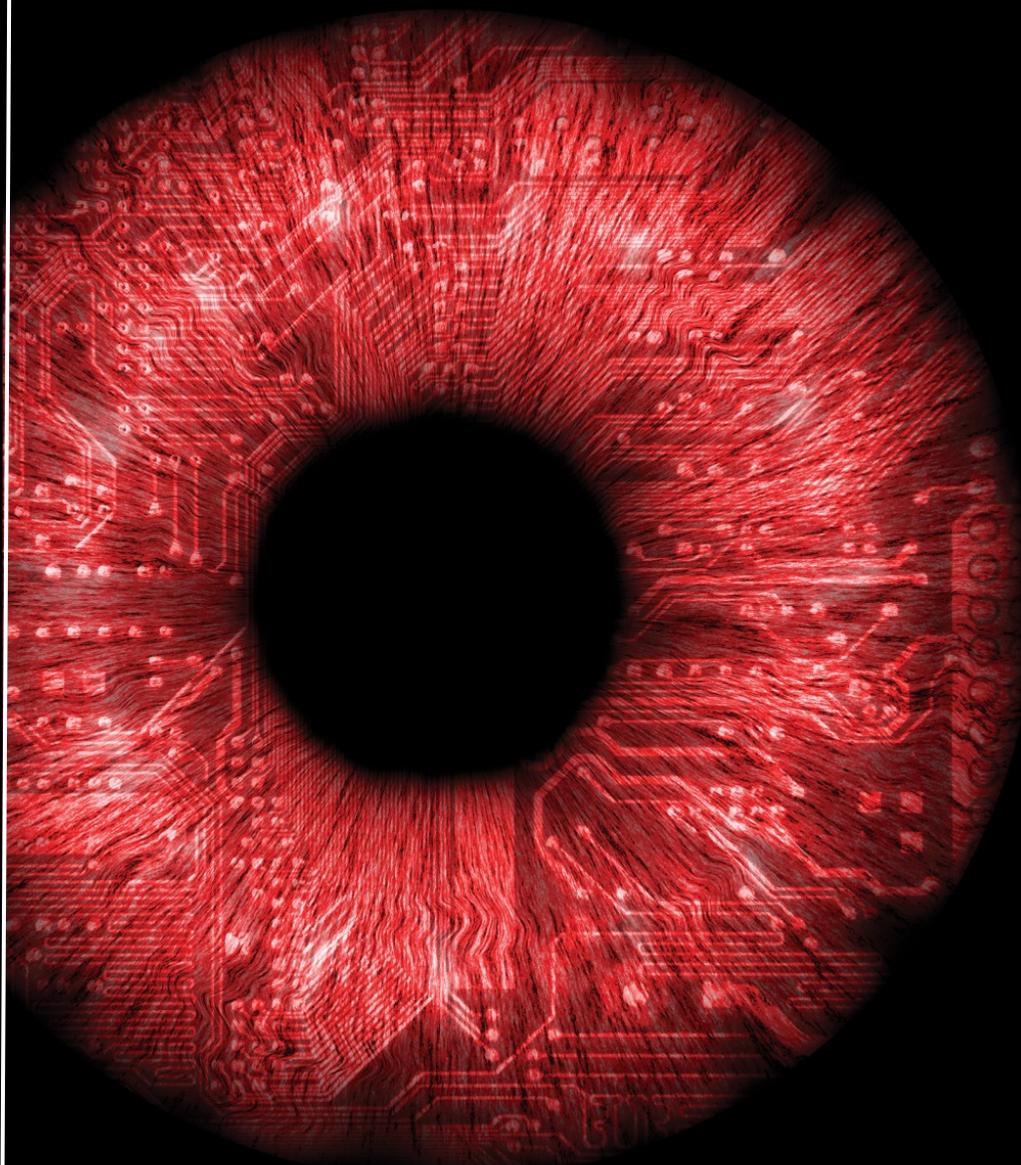


Hiscox CyberClear Solicitud de Seguro Precotizada

Debe cumplimentar todas las secciones y firmar la Declaración.



Se pretende que la presente propuesta se cumplimente de forma precisa y honesta. Por favor cumplimente el cuestionario después de haber realizado las averiguaciones oportunas.

Información general

Corredor de Seguros:	TEMPU SL CORREDURIA DE SEGUROS
Nombre del tomador:	
CIF:	
Domicilio:	
Página Web:	
E-mail:	
Años de actividad:	
Facturación del tomador y sus filiales:	
Número de empleados: El número total de sus empleados, incluyendo filiales:	

Información de la gestión del riesgo

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a. | ¿Confirma que la actividad de su negocio no es distinta ala de “Talleres o concesionarios de coches”? | Sí | No |
| b. | ¿Sus equipos llevan instalados un antivirus de pago? | Sí | No |
| c. | ¿ Realiza copias de seguridad de sus datos con una periodicidad no superior a 15 días? | Sí | No |
- Si ha contestado ‘No’ a alguna de la preguntas anteriores, por favor póngase en contacto con su corredor de seguros para un estudio individualizado.

Reclamaciones e incidentes

- | | | | |
|----|--|----|----|
| a. | ¿Ha sufrido en los últimos 12 meses alguna vulneración de datos, fallo de seguridad, extorsión cibernética, interrupción o caída de sus sistemas, destrucción de sus datos, acceso de personas no autorizadas a sus sistemas, o cualquier otro incidente similar que hayan dado lugar a una reclamación o inspección de datos? | Sí | No |
| b. | ¿Tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación, inspección de datos o la activación de alguna de las coberturas de la póliza que le ofrecemos? | Sí | No |

En caso afirmativo por favor facilite una descripción del incidente, indicando sus consecuencias económicas y operativas, los archivos o componentes de su infraestructura tecnológica afectados, y las medidas correctoras aplicadas.

Lo anterior supone que en ocasiones necesitemos compartir sus datos personales con terceros como mediadores de seguros, otros (re)aseguradores, peritos, agencias de referencia crediticia, proveedores de servicios informáticos, abogados, organismos reguladores o agencias de prevención del fraude, además de con otras empresas del grupo Hiscox para fines administrativos. Algunas de estas empresas podrían estar fuera del ámbito europeo, pero en tal caso, se toman medidas para garantizar la adecuada protección de sus datos.

Usted tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos. Asimismo, puede ejercitar el resto de derechos garantizados por la normativa europea y española.

Para información más detallada sobre el uso de sus datos personales, por favor, lea nuestra política de privacidad completa en www.hiscox.es/informacion-sobre-proteccion-de-datos. Si tiene alguna duda al respecto, puede contactar con nosotros en el teléfono + 34 915 15 99 00, por correo postal a la dirección: Hiscox, Paseo de la Castellana 60, 7ª Planta 28046 Madrid, o por correo electrónico con nuestro delegado de protección de datos en la dirección dataprotectionofficer@hiscox.com.

Declaración

Declaro/Declaramos que (a) esta solicitud de seguro ha sido completado después de 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 solicitud de seguro han sido comunicados.

Firma, nombre y cargo:

En representación del Tomador

Fecha

Una copia de esta solicitud de seguro debería quedarse en su poder.