

SOLICITUD DE SEGURO

Administradores & Directivos Responsabilidad Civil. D&O -TEMPU

Preliminar

Por favor lea la siguiente información antes de rellenar el cuestionario:

1. La póliza de Responsabilidad Civil de Administradores y Directivos, es una póliza en base a reclamaciones por lo que ampara las reclamaciones que se formulen y se notifiquen contra el Asegurado por primera vez durante el periodo de seguro.
2. El solicitante del seguro debe facilitar toda la información solicitada en el cuestionario. El cuestionario ha de ser rellenado, firmado y fechado por la persona legalmente capacitada para suscribir la solicitud de seguro de Responsabilidad Civil de Administradores y Directivos de la empresa.
3. El solicitante del seguro debe facilitar toda la información solicitada en el cuestionario, así como poner en conocimiento del Asegurador, cualquier hecho relevante que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación.
4. Este cuestionario no obliga a la formalización del contrato de seguro pero formará parte del mismo en caso de emitirse.

MUESTRO MI CONFORMIDAD CON LA **INFORMACIÓN GENERAL PREVIA DE LA CORREDURÍA DE SEGUROS**. Enterado de la información facilitada que acredito recibir con la firma del presente documento, por medio de la presente designo CORREDOR DE SEGUROS a Tempu S.L Correduría de seguros., o cualquier otro corredor que designe este con el fin de que pueda, estudiar y revisar los riesgos y seguros, negociar la contratación de las mejores condiciones de cobertura que se adapten a mis especificaciones, prestando asesoramiento profesional e independiente. Asimismo, otorgo consentimiento expreso para que pueda contratar, modificar y rescindir los contratos de seguro pertinentes en mi nombre y/o en el de la empresa que represento legalmente, de acuerdo con las necesidades sobrevenidas. Dicha autorización se extiende a aquellas modificaciones de la posición mediadora del contrato en cuestión, autorizando expresamente la cesión de datos que, resultado de dicha modificación de posición mediadora, fuese necesaria realizar. El presente nombramiento tiene carácter indefinido, pudiendo ser revocado en cualquier momento previa comunicación fehaciente. Y para que conste, en el lugar y fecha consignados al final de este documento, firma el Cliente.



Tomador del Seguro

Nombre: _____ CIF: _____

Domicilio Social: _____ Ciudad: _____ CP: _____

Entidad

Por favor conteste marcando con una "X" la respuesta que sea de aplicación a la Entidad.

1. El objeto Social ¿Está relacionado con alguna de las siguientes actividades; banca, seguros, administración pública, cualquier actividad relacionada con la construcción o promoción inmobiliaria, generación de energía, empresas farmacéuticas o de biotecnología, instituciones financieras, clubs o federaciones deportivas, Sociedad anónima deportiva, sindicatos o partidos políticos, prestación de servicios jurídicos o relacionados con dicho ámbito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha sido constituida o lleva desarrollando su actividad desde hace más de dos años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. El resultado y el patrimonio neto de los dos últimos ejercicios ¿Ha sido positivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha sufrido alguna fusión, adquisición o venta en los últimos doce meses o tiene previsto hacerlo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una Reclamación contra la Sociedad, Sociedades Filiales o Sociedades Participadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Ha realizado despidos en los últimos doce meses o esperan hacerlo en los próximos doce meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DECLARACIÓN

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forman las bases de un contrato de seguro efectuado entre W.R Berkley España, y el solicitante.

El Tomador o el Asegurado se compromete a informar a W.R. Berkley España, de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

Nombre y cargo del representante de la Sociedad: _____

Firma

Fecha

