

## Cuestionario para Empresas de Seguridad Responsabilidad Civil General

### Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario

Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil general y profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

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 general y profesional para la empresa que actúa como solicitante.

Es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.

Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda de que constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su corredor de seguros o asegurador.

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.

EXSEL UNDERWRITING AGENCY S. L.  
C/ Velázquez, 46, Escalera A, 3ro Derecha  
28001, Madrid  
Teléfono: 91 154 22 69

Correo electrónico:  
[alvarosf@exsel.net](mailto:alvarosf@exsel.net)

### 1. DATOS GENERALES:

Nombre Sociedad/ Tomador de la  
póliza:.....  
Name /Policy holder

C. I. F/N.I.F:..... Teléfono:.....  
ID Telephone

Domicilio.....  
Address

Ciudad: ..... C.P.: .....  
City Postal Code

Fecha de Inicio de Actividad: .....  
Business inception

### 2. IDENTIFICACIÓN Y DATOS ECONÓMICOS:

Actividad: Ámbito (CCAA/Estatal):	Año de Constitución:
Datos económicos: - Resultado Ejercicio:	Principales Accionistas: - - -

**3. ACTIVIDADES Y DESGLOSE FACTURACIÓN:**

	SI/NO	Facturación (E.)
1. Instalaciones y Mantenimiento: - Sistemas anti-intrusión - Sistemas anti-incendios		
2. Vigilancia y Protección de Bienes: - Eventos deportivos y de ocio. - Resto Servicios.		
3. Centrales receptoras de Alarmas:		
4. Asesoramiento y Planificación:		
5. Protección Física - escoltas:		
6. Transporte de Explosivos:		
7. Depósito de Explosivos:		
8. Transporte de Fondos:		
9. Depósito de Fondos:		
<b>TOTAL</b>		

**4. IDENTIFICACIÓN DE TIPOLOGÍA DE ESTABLECIMIENTOS EN LOS QUE SE PRESTAN SERVICIOS:**

	SI/NO
SECTOR BANCARIO	
SECTOR OCIO (DISCOTECAS, ETC...)	
SECTOR HOSTELERÍA	
SECTOR COMERCIAL (GRANDES SUPERFICIES,ETC)	
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	
OTROS (ESPECIFICAR)	

**5. PLANTILLA DE TRABAJADORES / UTILIZACIÓN DE ARMAS / USO DE PERROS:**

	Nº
PLANTILLA TOTAL DE TRABAJADORES	
Nº TRABAJADORES USAN ARMAS DE FUEGO	
Nº DE PERROS	

**6. SUBCONTRATACIÓN DE ACTIVIDADES:**

	SI/NO
¿SE SUBCONTRATA PARTE DE LA ACTIVIDAD?	
IDENTIFICACIÓN TRABAJOS SUBCONTRATADOS Breve descripción:	
¿SE SOLICITA PÓLIZA RC SUBCONTRATISTAS?	
¿LÍMITE DE GARANTÍA DE DICHA PÓLIZA?	

**7. GARANTIAS QUE SE SOLICITAN (E.):**

	SI/NO
R.C. DE EXPLOTACIÓN	
R.C. PATRONAL	
-----SUBLÍMITE VÍCTIMA R.C. PATRONAL	
R.C. POST-TRABAJOS (1)	
R.C. BIENES OBJETO DE PROTECCIÓN	
R.C. PROFESIONAL	
DEFENSA Y FIANZAS	

**8. Información adicional**

¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años? Has anyone filed a claim against you for professional negligence, error, or omission in the last 5 years?.....

Fecha reclamación	Importe reclamado	Nº de demandados	Reservas Pendientes	Pagos Efectuados	Hechos causantes de la reclamación

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

**¿Tiene usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación?** Do you or your partners have knowledge of any circumstances or events that might result in a claim?

.....

Si su respuesta es afirmativa, rogamos faciliten los datos. If yes, please provide details.

.....

.....

.....

.....

.....

**9. SEGURO ACTUAL:**

¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil General? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor dé detalles. Do you currently have General Indemnity Coverage? If yes provide details:

Nombre del Asegurador Name of insurer			
Límite de indemnización Limit		Prima Premium	
Franquicia Deductible		Fecha de vencimiento de la Póliza	
Favor indicar la fecha desde cuando tiene póliza de Responsabilidad Civil: Please indicate since when do you have a PI Policy			

Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:  
Please indicate the limits for which you like to have quote for:

150.000		600.000	
300.000		1.200.000	

Todas la pólizas para empresas de seguridad tienen una franquicia de 1.000€ para facturaciones por debajo de 1.000.000,00 €. Para facturación por encima de 1.000.000,00 € la franquicia será de 10%, mín. 1.000 €, máx. 6.000 €.

### **INFORMACIÓN PREVIA**

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 20/2015 de 14 de julio y el Real Decreto 1060/2015 de 20 de Noviembre, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

1. Que el contrato de seguro se celebra con ciertos suscriptores de Lloyd's, con domicilio en 1 Lime Street, Londres, EC3M 7HA, Reino Unido. Lloyd's es una sociedad de miembros suscriptores constituida por ley. El asegurador será el miembro(s) del/los Sindicatos de Lloyd's mencionado(s) en el contrato de seguro. Lloyd's Iberia Representative SLU está domiciliada en Calle Pinar 7, 1º Derecha, 28006 Madrid, España.

2. Que el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y que, dentro de dicho Estado, la autoridad a quien corresponde dicho control es la Prudential Regulation Authority, con domicilio en 20 Moorgate, Londres, EC2R 6DA, Reino Unido.

3. A menos que se indique otra cosa en el contrato de seguro, la legislación aplicable al presente contrato es la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, la Ley 20/2015 de 14 de julio, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre y demás normativa española de desarrollo y/o complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

### **INSTANCIAS DE GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES**

#### INSTANCIAS INTERNAS

Cualquier queja o reclamación debe dirigirse en primer lugar a:

Exsel Underwriting Agency  
Ivonne García – Ivonne.garcia@exsel.net  
Calle Velázquez 46, 3ero Derecha  
28001 Madrid, España  
Tel: 91 154 2269

El Gestor del sindicato de Lloyd's o la entidad designada para gestionar la queja/reclamación en su nombre, acusarán recibo de la misma por escrito.

El Gestor del sindicato de Lloyd's o la entidad designada para gestionar la queja/reclamación en su nombre, tendrá como objetivo notificarle su decisión sobre la queja/reclamación, por escrito dentro de los dos meses siguientes a su presentación.

#### INSTANCIAS EXTERNAS

En caso de continuar insatisfecho con la respuesta final recibida o si no hubiera recibido respuesta final en los dos meses siguientes a la presentación de la queja o reclamación, Ud. podrá someter voluntariamente su disputa a decisión arbitral en los términos de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

Ud. podría estar legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros en España. Los datos de contacto son:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones  
Paseo de la Castellana, 44,  
28046 Madrid  
España  
Tel: 902 19 11 11  
<http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp>

Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos que le asisten por ley.

Ud. podrá reclamar, en virtud del artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

### **CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Por medio de la presente, se le informa de que los datos personales del tomador/asegurado facilitados se incorporarán a un fichero titularidad de ciertos Sindicatos de LLOYD'S, quien los tratará de acuerdo con los términos de la Ley inglesa de Protección de Datos (UK Data Protection Act 1998), al objeto de la suscripción, celebración y gestión de contratos de seguros y, en especial, para la prestación de servicios, tramitación de propuestas, tramitación de reclamaciones y pago de prestaciones.

Exsel Underwriting Agency SL, actuando en su condición de agencia de suscripción, tratará los datos relativos al tomador/asegurado por cuenta del Asegurador, de acuerdo con la ley inglesa de protección de datos en 1998 y únicamente para los fines previstos en su autorización para contratar "Binding authority" otorgada por ciertos Sindicatos de Lloyd's. (indicados en nuestras páginas web [www.exseluwa.com](http://www.exseluwa.com)). Ud. Puede conocer la política de privacidad del mercado de LLOYDS en [www.lloyds.com](http://www.lloyds.com)

### **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 este cuestionario 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 el presente cuestionario.

La firma de este cuestionario no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.

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

*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.**