

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DECLARACIÓN DEL RIESGO DEL TOMADOR (Incluyendo la sociedad matriz y sus filiales y/o participadas)

OF. SOLICITANTE	COD. MEDIADOR	PROTOCOLO	RAMO/MODALIDAD	PÓLIZA	PÓLIZA REEMPLAZADA
		00000021	25/78		
FORMA DE PAGO	DURACIÓN		FECHA EFECTO		FECHA VENCIMIENTO
ANUAL	ANUAL RENOVABLE				
TOMADOR					
NIF		TELÉFONO DE CONTACTO			
DIRECCIÓN:					
POBLACIÓN:		C. POSTAL		PROVINCIA	
ACTIVIDAD Y CÓDIGO CNAE:					
Domicilio de cobro/ Código IBAN:					

1. ¿Realiza alguna de las siguientes actividades: Financiera de cualquier tipo (incluido seguros), farmacéutica, líneas aéreas, fabricación y/o comercialización de tabaco, sociedad o club deportivo de 1ª o 2ª división?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Comercializa sus acciones públicamente en cualquier Bolsa?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene empresas subsidiarias o participadas fuera de España, o algún tipo de activo, Filial o Participada, valores, acciones, obligaciones, deuda, fondos propios o papel comercial en EEUU y/o Canadá?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Tiene la sociedad matriz, o cualquiera de sus sociedades filiales y/o participadas, el patrimonio neto inferior al 50% del capital social y/o pérdidas operacionales/explotación en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿De ser obligatorio, el último informe de auditoría de sociedad matriz o cualquiera de sus sociedades filiales y/o participadas ha tenido salvedades o contingencias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Han tenido anteriormente alguna reclamación por Responsabilidad Civil de Consejeros, Administradores y Directores, o tienen conocimiento de circunstancias que puedan dar lugar a reclamación de Responsabilidad Civil?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Sus activos totales superan la cifra de 50.000.000 Euros?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

OPCIONES DE SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO Y AÑO Y PRIMAS TOTALES ANUALES

Si ha respondido NO a las siete cuestiones de declaración del riesgo, su compañía está domiciliada en España, tiene más de dos años de actividad mercantil y formula cuentas anuales, **puede solicitar la emisión de la póliza marcando una X en la opción que desee contratar.**

CUADRO DE PRIMAS TOTALES ANUALES POR CIFRA DE FACTURACIÓN DEL ÚLTIMO EJERCICIO DE LA COMPAÑÍA (MATRIZ Y FILIALES)

		HASTA 6.000.000 EUROS DE FACTURACIÓN	DE 6.000.001 A 12.000.000 EUROS DE FACTURACIÓN	De 12.000.001 a 25.000.000 EUROS DE FACTURACIÓN
OPCIONES DE SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO Y PERÍODO DE SEGURO.	300.000	423,08€	494,36€	564,11€
	600.000	564,11€	635,38€	776,41€
	1.000.000	758,21€	884,08€	1.073,63€
	1.500.000	1.009,94€	1.137,32€	1.326,88€
	2.000.000	1.137,32€	1.263,19€	1.516,43€
	2.500.000	1.226,79€	1.337,49€	1.608,93€
	3.000.000	1.337,49€	1.504,30€	1.672,62€

GARANTÍAS, CAPITALES Y CONDICIONES DE APLICACIÓN

DETALLE DE COBERTURAS

- * **RESPONSABILIDAD CIVIL DE ADMINISTRADORES Y DIRECTIVOS**
- * **FIANZAS Y DEFENSAS CIVILES**
- * **GASTOS DE CONSTITUCIÓN FIANZAS PENALES**
- * **GASTOS DE ACUSACIÓN E INICIACIÓN**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada, máximo 300.000,00 €
- * **GASTOS DE CONSULTORÍA EXTERNA**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada, máximo 300.000,00 €
- * **GASTOS INCURRIDOS POR TERCEROS**
- * **PRÁCTICAS DE EMPLEO**
- * **GASTOS DE DEFENSA EN RECLAMACIONES POR CONTAMINACIÓN**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada máximo 300.000,00 €
- * **PAGO DE PERJUICIOS FINANCIEROS DERIVADOS DE CONTAMINACIÓN**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada máximo 300.000,00 €
- * **GASTOS PARA COMPARECENCIA EN PROCESOS ESPECIALES**
- * **COSTAS Y GASTOS PARA PROCESO DE EXTRADICIÓN**
- * **PAGO DE CRÉDITOS A ACREEDORES CONCURSALES**
- * **GASTOS DE CONSTITUCIÓN DE AVALES CONCURSALES**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada máximo 300.000,00 €
- * **DEUDAS TRIBUTARIAS**
- * **GASTOS DE CONSTITUCIÓN DE AVALES EN EMBARGOS PREVENTIVOS**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada máximo 300.000,00 €
- * **GASTOS DE INSPECCIÓN**
- * **INHABILITACIÓN PROFESIONAL**
 - LÍMITES Máximo por asegurado y mes 1.800,00 € y 50% de suma asegurada máximo 300.000,00 €
- * **RECLAMACIONES A LA SOCIEDAD POR PRÁCTICAS DE EMPLEO**
- * **REEMBOLSO A LA SOCIEDAD**
- * **SANCIONES ADMINISTRATIVAS**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 90.000,00 €
- * **GASTOS DE DEFENSA DE LA COMPAÑÍA POR RESPONSABILIDAD PENAL**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada máximo 500.000,00 €
- * **COSTES POR HOMICIDIO CORPORATIVO**
 - LÍMITES Por siniestro y periodo de seguro 50% de suma asegurada máximo 300.000,00 €
- * **SIN FRANQUICIA.**
- * **ÁMBITO TERRITORIAL: TODO EL MUNDO EXCEPTO USA Y CANADÁ**
- * **ÁMBITO TEMPORAL: RECLAMACIONES EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA CON RETROACTIVIDAD ILIMITADA**

DECLARACIÓN:

El solicitante declara que su compañía está domiciliada en España, tiene depositadas sus cuentas anuales en el Registro Mercantil, tiene más de dos años de actividad mercantil y la respuesta a las siete cuestiones de declaración del riesgo es "no", conociendo que, en base a estos datos y respuestas, se ha procedido a fijar la prima neta correspondiente así como, en su caso, la aceptación o rechazo de la póliza de seguro, comprometiéndose a comunicar a CASER cualquier variación que pudiera producirse en las mismas con posterioridad a la firma de este documento (Artículos 10º y 11º de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de Octubre).

NOMBRE Y CARGO:

FIRMA

FECHA:

La persona que firma este cuestionario

- declara, en su nombre y en el de la Sociedad Tomadora del seguro, que las declaraciones contenidas en el mismo son verdaderas y completas.
- **declara, que ha sido debidamente autorizado por el Tomador para actuar como su representante o apoderado con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen o afecten a esta solicitud y a la Póliza.**
- **se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud.**

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.

Es importante que la persona que firma el cuestionario 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 o Agente, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos del Asegurado bajo la Póliza.

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, consiente a que los datos que Vd. nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con el fin de gestionar la relación de aseguramiento, realizar encuestas de satisfacción sobre nuestros servicios y remitirle información comercial, aun terminada la vigencia de la póliza sobre nuestros productos y servicios de seguros y planes de pensiones, financieros, sanitarios, asistenciales y de residencias para la tercera edad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 - 28050 - MADRID (Indicar Asesoría Jurídica - Protección de Datos) o a través de www.caser.es.

Sus datos personales podrán ser cedidos, sin necesidad de comunicar la primera cesión, a entidades del Grupo CASER (consúltese la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es) para que por éstas, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, se le realicen comunicaciones comerciales o promocionales, sobre los sectores antes mencionados, adaptadas al perfil de gustos, aficiones, necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con las distintas sociedades del Grupo CASER.

Los datos que se recaben podrán ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que Caser o las sociedades de su Grupo le remitan ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono gratuito, 900 810569.