Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para
Estudios, Gabinetes, Despacho o Consultorías

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario

Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones, "Claims Made". **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.

La Póliza no dará cobertura a:

1. **Eventos que hayan tenido lugar antes de la fecha de retroactividad de la póliza (si se especifica una).**
2. **Las reclamaciones efectuadas después del vencimiento de la póliza, aunque el hecho, objeto de la reclamación, haya tenido lugar durante el periodo de vigencia de la póliza.**
3. **Hechos o circunstancias conocidas por el Asegurado, con anterioridad a la vigencia de la póliza, de los cuales el asegurado sabía que potencialmente podrían ser objeto de reclamación bajo la póliza o reclamaciones notificadas que se deriven de hechos o circunstancias ocurridas durante el período de vigencia de cualquier Póliza anterior.**

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

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

C. I. F/N. I.F..... Teléfono: .....

Domicilio.....
Address

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

¿Desde cuándo ejerce la profesión?/Fecha de creación de la empresa: .....
Since when do you practice your profession? /Date when business started

¿Ejerce su actividad como funcionario de una entidad pública? Do you work for a government office/entity?

..... En caso afirmativo, declarar que identidad. If yes, please state which entity.

.....

Número Total Empleados: ..... Número de Socios: .....
Total number of Employees Number of Partners

Número de Personal Titulado: .....
Number of Qualified Staff

Nombre y Apellidos de la persona que firma el presente cuestionario:
Name and last name of the person signing this prop form

.....

Cuantas sociedades componen esta Empresa: .....

.....

.....

.....

2. Tipo de Sociedad: Marque con una X la actividad de su empresa. Indicate with an X your company's activities.

	Estudios de Arquitectura Architectural Firm
	Gabinetes de Ingeniería Engineering Office
	Peritos y Tasadores Valuers and Expert advise
	Otros **:

**** Si ha contestado Otros, es imprescindible que facilite detalle exacto de Actividad:**

.....

.....

3. Titulación de los socios y empleados y colaboradores dependientes
Qualification of partners , employees and dependent collaborators

---

3.1 En caso de haber algún arquitecto técnico como socio o empleado o colaborador dependiente especificar el % sobre los ingresos que representa su actividad:
In case there is any technical architect as partner, employee or dependent collaborator, please provide the percentage of income that this activity represents:

3.2 Los trabajos realizados de Arquitectura Técnica son revisados y controlados por el Arquitecto Superior?
Do the Works of Technical Architecture are controlled and signed off by a Superior Architect?

4. Ámbito de Actuación

¿Realiza trabajos fuera España? _____ Si su respuesta fue afirmativa, aportar detalles de los trabajos o proyectos efectuados en los últimos 5 años, indicando países y volumen de facturación.
Do you work on projects outside of Spain?

……

……

Hace proyectos en Estados Unidos o Canadá? Do you work on projects in the United States /Canada? **……**

5. Descripción de la Actividad y la Facturación

Volumen de facturación / honorarios a cierre del ejercicio económico anterior y, estimados para el ejercicio en curso. Turnover volume / fees for the last two years and estimated figures for the current year.

2013: ……..

2014: ……..

2015 (estimado)……

ACTIVIDAD	(%)	DESGLOSE DE HONORARIOS *Turnover breakdown*		
		2013	2014	Estimación en curso *This year's estimate*
Diseño y Realización de proyectos Técnicos Technical Projects Design and implementation				
Dirección de obra Project Manager				
Tasaciones y / o peritaciones Valuation and/or Expert reporting				
Gestión Integral de Proyectos Comprehensive project management				
Estudios Geotécnicos Geotechnical projects				
Túneles, Puentes Tunnels, Bridges				
Coordinador de Seguridad y Salud (*) Health and Safety Coordination				
Otras actividades. Por favor aporte desglose Other activities, please provide breakdown				

- ¿En cuantos proyectos ha trabajado en los últimos 12 meses? _____

Por favor indique los 5 proyectos más importantes realizados en los últimos 5 años:
Please indicate the 5 biggest projects in the last 5 years:

Nombre del cliente *Client's Names*	Volumen del proyecto *Project's Volume*	Tipo de proyecto *Type of Project*	Fecha realización *Realisation date*	Honorarios ingresados *Project's Turnover*

6. 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 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.
.....
.....
.....

Desarrolla la actividad de **Coordinador de Seguridad y Salud** según viene regulada en el Real Decreto 1627/1997 de 14 de Octubre? Are you a health and Safety Coordinator, as regulated by the Royal Decree 1627/1997 of October 14th?_

.....

¿Si su respuesta es afirmativa, desea incluir la cobertura para esta actividad? .....

¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional? _____ En caso afirmativo, por favor de detalles. Do you currently have Professional 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 Policy's Expiry Date	
Fecha Retroactividad			

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 €		1.200.000 €		2.500.000 €	
300.000 €		1.500.000 €		3.000.000 €	
600.000 €		1.800.000 €			

Indique el límite de la franquicia sobre el que desea recibir cotización:
Please indicate the deductible for which you would like to have quote for

1.500 €		3.000 €		6.000€	

Indique si desea cotización para garantías adicionales:

Responsabilidad Civil General		Responsabilidad Civil Patronal	

INFORMACIÓN DE INTERÉS

De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador 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 es el miembro(s) del/los Sindicatos de Lloyd's mencionado(s) en el contrato de seguro. "Lloyd´s Sucursal en España" está domiciliada en C/ José Ortega y Gasset, 7, Edificio Serrano 49, 1ª planta, 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. Que la legislación aplicable al presente contrato es la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6/2004 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Ley 30/1995 de 8 de noviembre (en lo que resulte de aplicación y esté en vigor) y demás normativa española de desarrollo y/o complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

4. Que las disposiciones relativas a las quejas y reclamaciones son las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS

Cualquier reclamación o queja debe dirigirse en primer lugar al mediador de la póliza o al coverholder/ agencia de suscripción en España:

Exsel Underwriting Agency, S.L.
C/ Velázquez, 46, Escalera A, 3ro. Derecha,
28001 Madrid
Teléfono: +34 91 154 2269
Correo electrónico: alvaro.satrustegui@exsel.net

Si no estuviera satisfecho con la manera en que su queja o reclamación ha sido tramitada, puede dirigirla, por escrito, a:

Representante General de Lloyd's en España ("Lloyd´s Iberia Representative, SLU").
C/ José Ortega y Gasset, 7
Edificio Serrano 49
1º planta
28006 Madrid, España

Tel: 914 262312 fax: 914 262394

quien podrá, sin perjuicio de los derechos que le asisten legalmente, referir el asunto al Departamento de Asistencia al Tomador y al Mercado (*Policyholder & Market Assistance*) de Lloyd's en Londres.

INSTANCIAS EXTERNAS

1) En caso de que las instancias internas hubieran sido insatisfactorias, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus 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.

2) Ud. está legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros en España, a:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Paseo de la Castellana, 44.
28046 Madrid.
España
Tel.: +34 90219 11 11
http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp,

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

3) 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. Para mas información sobre cómo interponer acciones legales contra el asegurador en relación con este contrato, por favor consulte la cláusula de emplazamientos judiciales.

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 (nombre del 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.

Declaración

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en este cuestionario 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.**

EXSEL UNDERWRITING AGENCY S. L., Calle Velázquez, 46, Escalera A, 3ro. Derecha, 28001- Madrid
Teléfono: +34 91 154 22 69, Correo electrónico: pilar.palmero@exsel.net, ivonnegarcia.exsel@gmail.com