

Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Arquitectos, Ingenieros y Técnicos Individuales, Sociedades Unipersonales y Funcionarios

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.

EXSEL UNDERWRITING AGENCY S. L., C/ Hermosilla 77, Piso 2, Oficina 3, 28001 Madrid

Teléfono: +91 154 22 69, Correo electrónico: eva.fontela@exsel.net, alvarosf@exsel.net, Ivonne.garcia@exsel.net

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

Profesión:.....

¿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.

.....

Nombre y Apellidos de la persona que firma el presente cuestionario:

Name and last name of the person signing this prop form

.....

2. 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?

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. 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.

Penúltimo año cerrado:

Último año cerrado

Estimación año en curso:

ACTIVIDAD <i>Activity</i>	(%)	DESGLOSE DE HONORARIOS en EUROS <i>Turnover breakdown</i>		
		Penúltimo año cerrado €	Último año cerrado	Estimación año en curso
Diseño y Realización de proyectos Técnicos <i>Technical Projects Design and implementation</i>				
Dirección de obra <i>Project Manager</i>				
Tasaciones y / o peritaciones <i>Valuation and/or Expert reporting</i>				
Gestión Integral de Proyectos <i>Comprehensive project management</i>				
Estudios Geotécnicos <i>Geotechnical projects</i>				
Túneles, Puentes <i>Tunnels, Bridges</i>				
Coordinador de Seguridad y Salud (*) <i>Health and Safety Coordination</i>				
Otras actividades. Por favor aporte desglose ** <i>Other activities, please provide breakdown</i>				
** Si ha contestado OTROS es imprescindible que facilite detalle de la actividad que realiza:				

- ¿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 <i>Client's Names</i>	Volumen del proyecto <i>Project's Volume</i>	Tipo de proyecto <i>Type of Project</i>	Fecha realización <i>Realisation date</i>	Honorarios ingresados <i>Project's Turnover</i>

5. Información adicional

5.1 - ¿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

5.2 - ¿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.

5.3 - ¿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?

5.4 - ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional? _____ En caso afirmativo, por favor de detalles. Do you currently have Professional Indemnity Coverage? *If you do, please 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 Retroactive date			

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

65.000		195.000		455.000	
100.000		260.000		650.000	
130.000		325.000		1.000.000	

Indique el límite de la franquicia sobre el que desea recibir cotización: **(sólo para Arquitectos)**

Please indicate the deductible for which you would like to have quote for

0 €		1.500 €		3.000 €	
-----	--	---------	--	---------	--

Para el resto de las profesiones, la franquicia viene predeterminada en función de la facturación y el límite seleccionado.

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. 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 Hermosilla 77, Piso 2, Oficina 3
28001 Madrid, España

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>

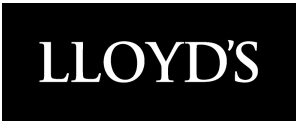
Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos que le asisten por ley.

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 nuestra página web www.exseluwa.com). Ud. Puede conocer la política de privacidad del mercado de LLOYDS en 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 rogamus contacten con su Corredor de Seguros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.**