



Cuestionario de Responsabilidad Civil General

General Liability

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario

Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil general 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 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: +902 945 156
Correo electrónico: pilar.palmero@exsel.net
lvonnegarcia.exsel@gmail.com
Gorka.exsel@gmail.com



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

2. ADEMÁS DEL TOMADOR, ¿DESEA QUE OTRAS PERSONAS FÍSICAS O JURÍDICAS TENGAN CONDICIÓN DE ASEGURADOS EN LA PÓLIZA?

(In addition to the Policyholder, do you want any other person to be included as an Insured in the Policy?):

- SI
- NO

En caso afirmativo indique los datos de los mismos así como el vínculo que mantuvieren con el Tomador:

(If yes, please give details about them and explain the link they have with the Policyholder):



3. ¿FORMA PARTE DE ALGUNA ASOCIACIÓN EMPRESARIAL?

(Do you belong to any business association?):

- SI
- NO

En caso afirmativo, indique cuál: (If yes, please give details):

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD (Description of the business of the Company):

Describa por favor con detalle y exactitud cuál es el tipo de actividad para la cual es requerida la cobertura:

(Please describe in detail what is the activity subject to coverage):

5. NÚMERO DE EMPLEADOS(Number of employees):

EMPLEADOS

6. ¿EJECUTA TRABAJOS DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN O MANTENIMIENTO EN RECINTOS PROPIEDAD DE TERCERAS PARTES?

(Do you carry out installation, repair or maintenance works in premises owned by third parties?)

- SI
- NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción de éstas:

(If yes, please give a description of these premises)



7. ¿PRESTA SERVICIOS A TERCEROS RELATIVOS AL DISEÑO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA FABRICACIÓN Y/O MONTAJE POR PARTE DE LOS MISMOS DE CUALQUIER TIPO DE PRODUCTO?

(Do you provide services relating to the design and technical assistance for the construction and/or assembly of any product to third parties?)

SI

NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción de éstos:
(If yes, please give a description):

8. ¿REALIZA TRABAJOS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL?

(Do you perform works outside the national territory?)

SI

NO

En caso afirmativo describa los mismos, señale el país en que se realizan e indique el porcentaje de facturación que representan estos trabajos en relación con la facturación total.

(If yes, please give details regarding these works, the country where they are performed and the turnover percentage that these works represent in relation to the total turnover):

9. SEÑALE LAS CERTIFICACIONES RELATIVAS A ESTÁNDARES DE CALIDAD CONFORME A LAS CUALES DESARROLLA SU ACTIVIDAD, (normas ISO, UNE, etc).

Please provide details regarding quality standard certifications according to which the Insured is developing his/her activity, (ISO, UNE.,etc):

10. ¿SUBCONTRATA SU EMPRESA TRABAJOS? (Does the Insured subcontract works?)

SI

NO



En caso afirmativo proporcione una breve descripción del tipo de trabajos subcontratados:
(If yes please give details about the kind of subcontracted works):

Indique el porcentaje que representan los trabajos subcontratados en relación al volumen defacturación:

(Please specify the percentage that subcontracted works represent in relation to total turnover):

_____ %

¿Exige su empresa póliza de seguro a las empresas subcontratadas?
(Does the Company demand an Insurance Policy to subcontracted third parties?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el importe mínimo de la suma asegurada y coberturas exigidas:
(If yes, please give details about the minimum limit of indemnity and required coverages):

11. DATOS DE FACTURACIÓN(Turnoverdetails):

a. Año anterior (Previous year):

	EUROS
--	-------

b. Estimación año actual (Currentyear'sestimation):

	EUROS
--	-------

Indique el porcentaje que cada una de las siguientes actividades ha representado en el volumen



defacturación anual de todas las entidades que tengan consideración de Asegurados en la Póliza:
 (Please report the percentage that each of the following activities have represented in the annual turnover of all entities that are covered under the Policy):

Tipo de Servicio y País (Type of service and Country)	2013	2014	2015 (Estimada)
Ventas (sales)			
Montajes, instalaciones (Assembly, installation)			
Reparación y mantenimiento (Repair and maintenance)			
Otros ingresos: (Other income)			
Facturación Total (Total Turnover)			

12. PROPORCIONES LA RELACIÓN DE INMUEBLES E INSTALACIONES UTILIZADAS POR EL ASEGURADO.

(Please give details of all buildings and facilities used by the Insured)

Inmueble (Property)	Antigüedad (Age)	Superficie (Area)	Vigilancia (Vigilance)	Medidas de Protección (Protection measures)

13. Facilite una breve descripción de las edificaciones o terrenos colindantes a los citados inmuebles, indicando tanto el uso de los mismos como la distancia aproximada que dista entre ellos.

(Please give a brief description of the buildings or land adjacent to these properties as well as the use of the same and the approximate distance between them):

Inmueble (Property)	Propiedades y terrenos colindantes (Buildings and lands adjacent)

¿Tiene el Asegurado inmuebles o instalaciones fuera del territorio nacional?

(Is the Insured owner of any property or facilities outside the national territory?)



- SI
- NO

En caso afirmativo, describa los mismos y especifique el país en donde se encuentran localizados cada uno de ellos:

(If yes, please give details specifying the country where each one of these are located)

14. SEGURO PREVIO:
(Previous Insurance coverage)

a) ¿Cuenta la Compañía actualmente con un seguro de Responsabilidad Civil General en vigor?

(Does the Company currently have a General Liability insurance coverage?)

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor aporte información (límites, franquicias, asegurador, fecha de vencimiento y número de años consecutivos en que ha estado asegurada la firma):

(If yes, please give the details on the following: limits, excess, insurer, expiry date, consecutive years insured)

- Compañía Aseguradora actual:
(Current Insurer)
- Límite de indemnización:
(Indemnity Limit)
- Prima anual:
(Annual premium)
- Fecha de renovación:
(Renewal Date)

b) ¿Alguna vez algún Asegurador ha rehusado ofrecerle seguro o le ha cancelado alguna póliza?: (en caso afirmativo aporte información)

(Has any Insurer ever declined coverage to the firm or cancelled a policy? If yes, please give details)

- SI
- NO

15. DATOS DEL SEGURO:



(Insurance data):

a. ¿Qué límites de indemnización solicita?

(What Indemnity limit would you want to ask for?)

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 150.000 € | <input type="checkbox"/> 300.000 € |
| <input type="checkbox"/> 600.000 € | <input type="checkbox"/> 1.200.000 € |
| <input type="checkbox"/> 1.500.000 € | <input type="checkbox"/> 2.000.000 € |
| <input type="checkbox"/> 3.000.000 € | Otros <input type="text"/> |

b. ¿Qué franquicia desea que se le aplique?

(What excess would you like to apply?)

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1.500 € | <input type="checkbox"/> 3.000 € |
| <input type="checkbox"/> 6.000 € | <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/> |

16. RECLAMACIONES E INCIDENCIAS:(Claims and incidents)

Es importante que antes de contestar a estas preguntas se hayan realizado las averiguaciones pertinentes entre las personas propuestas para ser aseguradas bajo este seguro.
(It is very important to make the convenient enquires on the prospect insureds that will be covered under this policy before answering the following questions).

a) ¿Ha habido alguna reclamación, durante los últimos 5 años en relación con la responsabilidad que se pretende asegurar?

Has any claim(s) been made, during the last 5 years with respect to the liability to be insured under this policy?

- SI
- NO

En caso afirmativo por favor aporte información completa describiendo las mismas, su fecha y cantidades:
(If yes, a full answer must be given, including dates, amounts involved and brief details on the nature of the claim.)

Naturaleza de la reclamación (Nature of claim)	Estado (pendiente / cerrada) (Status)	Fechas (Dates)	Cantidades (Amounts)



b) ¿Tiene conocimiento alguna persona de la empresa, tras haber realizado una indagación completa, de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación por responsabilidad civil profesional contra la compañía, sus directores o empleados o sus predecesores en la misma?

(After full enquiry, is any person from the firm aware of any circumstance(s) which may give rise to a professional liability claim against the Firm, any predecessor of the business, any past or present Director or Employee?)

SI

NO

En caso afirmativo, por favor, aporte información detallada y cantidades si fueran conocidas:
(If yes, and known, please give details: circumstance(s) and amount(s))

17. ¿EXISTE ALGUNA OTRA INFORMACIÓN MATERIAL QUE DEBA SER APORTADA AL ASEGURADOR?

(Are there any other Material facts which ought to be disclosed to Insurers?)

SI

NO



RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL POR PRODUCTOS

(Products General Liability)

1. Describa los productos que suministre a terceros, indicando su actuación, (fabricante, distribuidor, importador, transportista, etc):

(Please describe products supplied to third parties, indicating your role, (manufacturer, distributor, importer, carrier, etc):

2. Señale los terceros a los que suministre sus productos, (consumidor final, proveedores para otras industrias, etc).

(Please give details regarding third parties to who you supply products to):

3. ¿Cuenta el Asegurado con certificaciones que acrediten que el desarrollo de su actividad se lleva a cabo conforme a los estándares de calidad?

(Does the Insured have any certificate accrediting that its activity is held in accordance with the standards of quality?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique las certificaciones:

(If yes, please indicate the certifications):

4. ¿Realiza el Asegurado controles internos de calidad de materias primas?

(Does the Insured carry out internal quality controls of the raw materials?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el tipo de controles:

(If yes, give details regarding these controls):



5. ¿Realiza el Asegurado controles internos sobre los procesos de fabricación?
(Please confirm whether the Insured carries out internal controls of manufacturing processes)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el tipo de controles:
(If yes, give details regarding these controls):

6. En caso de suministrar productos fuera del territorio nacional, por favor indique los siguientes datos:

(In case of supplying products outside national territory please provide the following details):

- a) Volumen de facturación correspondiente a las exportaciones en relación a la facturación total. (Percentage turnover corresponding to exports relative to total turnover).

%

- b) Desglose el dato de facturación anterior en función de las siguientes zonas geográficas:
(Breakdown above data according to the following geographical áreas):

Unión Europea:(European Union) ____ %
África:(Africa) ____ %
Asia:(Asia) ____ %
Australia:(Australia) ____ %
EE.UU./Canadá:(USA/Canada) ____ %



INFORMACIÓN PREVIA

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 a quien se solicita cobertura manifiesta:

1. Que el contrato de seguro se celebrará con ciertos Sindicatos de LLOYD'S, entidad domiciliada en 1 Lime Street EC3M 7HA, Londres, Inglaterra (Reino Unido). LLOYD'S es una Asociación de Suscriptores constituida por Ley Parlamentaria. Los Aseguradores serán los Sindicatos de LLOYD'S mencionados 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 "Financial Services Authority", con domicilio en 25 The North Colonnade, CanaryWharf, Londres E14 5HS, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será 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.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACIÓN

Cualquier Siniestro o Reclamación podrá dirigirse por escrito al Corredor de la póliza que aparece en las Condiciones Particulares, quien, a su vez, lo notificará a la Agencia de Suscripción:

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

En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Lloyd's Sucursal en España
Apoderado General para España ("Lloyd's Iberia Representative, SLU").
C/ José Ortega y Gasset, 7 -Edificio Serrano 49, 1ª planta
28006 Madrid
Tel: 914 262312 Fax: 914 262394

Igualmente, Ud. podrá dirigir su queja o reclamación en primer lugar o si no estuviera satisfecho con la manera en que su reclamación ha sido tramitada en España, al:

Departamento de Asistencia al Tomador y al Mercado (Policyholder&MarketAssistance),

Lloyd's Market Services
1 Lime Street
Londres
EC3M 7HA
Tel: 020 7327 5693, Fax: 020 7327 5225
e-mail: complaints@lloyds.com

INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACIÓN

- 1) En caso de disputa, podrá Ud. reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio. Cualquier emplazamiento o notificación como consecuencia del ejercicio de acciones judiciales en relación con el presente contrato de seguro se entenderá correctamente realizado si se dirige **a los Aseguradores** en la siguiente dirección:

Lloyd's Sucursal en España
Apoderado General para España ("Lloyd's Iberia Representative, SLU").



**C/ José Ortega y Gasset, 7, Edificio Serrano 49, 1ª planta
28006 Madrid**

con poder suficiente para aceptar cualquier notificación en su nombre. Se entiende que dicho domicilio solo presta servicios de apoyo, información y emplazamientos.

Con independencia de dicha facultad, los Aseguradores no renuncian a cualquier aplazamiento o término especial al que pudieran tener derecho por la notificación de cualquier demanda, emplazamiento o procedimiento por razón de su residencia o domicilio en Inglaterra.

2) Asimismo, 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.

3) Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios podrán reclamar ante la Dirección General de Seguros (*Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones*) si consideran que la entidad aseguradora ha realizado prácticas abusivas o ha lesionado los derechos derivados del contrato de seguros. De la misma manera. Ud. puede dirigir su reclamación al *Financial Ombudsman Service* en el Reino Unido.

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 MARKETFORM LIMITED, gestor del Sindicato 2468 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.

ExselUnderWriting 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 "Bindingauthority" otorgada por ciertos Sindicatos de Lloyd's.

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 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.**