



STBSEGUROS

## CUESTIONARIO DE DATOS

### SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Administradores y Altos Cargos. D&O



Volver Web STB Seguros



#### Cuestionario:

Sucursal:  Mediator:  Colaborador:  Nº Póliza:   
 Fecha Efecto: 00 horas del  Fecha Término: 24 horas del  Reemplaza a:

Este cuestionario es válido para contratar exclusivamente el seguro de reclamaciones presentadas contra las personas aseguradas durante el período de vigencia de la póliza.

Rellene todas y cada una de las siguientes cuestiones, pues este cuestionario constituirá parte de la póliza.

#### Descripción de la Empresa

Nombre de la Empresa  CIF

Domicilio

C. Postal  Población  Provincia

E-mail  Teléfono  Móvil  Fax

Objeto social:

Composición del Capital de la Empresa:

Público  Privado

Año de la primera constitución:

Año desde el que desarrolla la actividad actual:

¿Cotiza la compañía en algún mercado de valores o considera para los próximos doce meses la posibilidad de hacerlo?  Si  No

#### Modificaciones en el último año

¿Se ha realizado alguna adquisición, fusión, absorción, etc. de otras empresas cuyos activos totales superaran el 50% de los activos totales del Tomador en el momento de adquisición?  Si  No

#### Fusiones y adquisiciones

¿En los próximos doce meses se considera alguna posibilidad de adquisición, fusión, absorción, etc. de otras empresas cuyos activos totales superen el 50% de los activos totales del Tomador en el momento de adquisición?  Si  No

## Datos económicos del último ejercicio (valor en euros)

Datos consolidados:  Sí  No

Al facilitar datos económicos consolidados, quedarán automáticamente cubiertas bajo la póliza las sociedades filiales según la definición del Condicionado de Seguro.

Para empresas con cifra de negocio superior a 125 millones de euros será necesario adjuntar a este cuestionario: Memoria, Informe de Auditoría, Informe de Gestión, Balance y Cuenta de Pérdidas y Ganancias correspondientes al último ejercicio económico.

Ejercicio 200__	Euros
Cifra de negocio .....	<input type="text"/>
Beneficio de explotación .....	<input type="text"/>
Beneficio antes de impuestos .....	<input type="text"/>
Exportaciones a USA / Canadá .....	<input type="text"/>

En relación a los datos económicos facilitados, el abajo firmante declara que ninguna de las entidades objeto del seguro se encuentra en situación de insolvencia atendiendo a cualquiera de las siguientes definiciones: 1ª) Causa de disolución del Art. 260 de la Ley de Sociedades Anónimas o norma equivalente en cualquier jurisdicción. 2ª) Proceso concursal, suspensión de pagos, quiebra o cualquier proceso con similares implicaciones en cualquier otra jurisdicción. 3ª) Nombramiento de interventor, comisario, liquidador, síndico, o persona que supervise, dirija, liquide, o tome el control de una sociedad. Las entidades que pudieran encontrarse en tales circunstancias a fecha de la presente declaración, salvo pacto en contrario, quedan expresamente excluidas del alcance de la cobertura del seguro.

## Reclamaciones anteriores o en curso en relación al riesgo asegurado

¿Ha existido en los últimos 5 años, o existe actualmente, alguna reclamación judicial o extrajudicial contra la/s persona/s para las que se propone este seguro, o en relación al riesgo asegurado?  Sí  No

En caso afirmativo, aportar detalles:

---

---

---

## Conocimiento de actos incorrectos

¿Tiene alguna de las personas para las que propone este seguro conocimiento de algún hecho o circunstancia que en su opinión pudiera dar lugar a futuras reclamaciones dentro del ámbito del seguro propuesto?  Sí  No

En caso afirmativo, aportar detalles:

---

---

---

## Otras cuestiones

Límite de indemnización solicitado (valor en euros) .....

Solicita retroactividad ilimitada:  Sí  No

Garantías opcionales solicitadas (señalar las que procedan):

<input type="checkbox"/> Gastos de Rehabilitación de Imagen Pública	<input type="checkbox"/> Gastos de Defensa en Investigaciones Formales
<input type="checkbox"/> Prácticas de Empleo	<input type="checkbox"/> Multas y sanciones administrativas
<input type="checkbox"/> Administradores jubilados (4 años)	<input type="checkbox"/> Operaciones de Valores con cobertura para la Sociedad
<input type="checkbox"/> Cobertura en Estados Unidos y Canadá	

El abajo firmante declara, en nombre de los Consejeros y Altos Cargos de la Compañía, y tras haber indagado debidamente que las declaraciones contenidas en las dos páginas de la solicitud son verdaderas y completas. Asimismo, declara que ha sido debidamente autorizado por los Consejeros y Altos Cargos para actuar como su agente con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a esta solicitud y a la póliza, y se comprometen a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud.

La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá parte de la póliza. Es importante que el Alto Cargo que firme esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de dudas contacten con Allianz Seguros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado.

Los Aseguradores están, además, autorizados para solicitar cualquier información que consideren necesaria y en conexión con este seguro.

## Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. ha integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su solicitud de seguro, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en C/Tarragona, 109 - 08014 Barcelona; Teléfono 902 23 26 29; Fax 902 33 36 39; e-mail: lopd@allianz.es

Salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora, que constan en este documento, el firmante autoriza expresamente, aún cuando la operación no se formalizara, al uso y conservación de dichos datos por la Compañía con fines publicitarios y de prospección comercial así como la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades pertenecientes al sector financiero, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés.

Formalizada la relación contractual sus datos personales serán tratados para el mantenimiento, desarrollo y control del contrato de seguro, gestión de siniestros, así como para la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, y para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros, así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma / Cargo