

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

INFORMACIÓN GENERAL

Corredor de Seguros

Nombre del tomador:

CIF:

Domicilio:

Por favor, facilite la misma información para otras sociedades (incluyendo filiales y participadas) que requieran cobertura bajo este seguro.

Nombre y domicilio de los Asegurados adicionales a incluir en la cobertura:

NOTA: Por favor, tenga en consideración que las siguientes preguntas de este cuestionario se refieren a todas las sociedades a asegurar bajo la **póliza**.

Dirección web

Responsabilidades adicionales:

¿Se requiere cobertura para trabajos realizados por otras sociedades distintas a las señaladas en este cuestionario? Esto puede incluir un predecesor en el negocio o responsabilidad de alguna de sus empresas asociadas. Sí No

En caso su caso, por favor indique información adicional:

Años de actividad:

Facturación total:

	Último año	Año en curso	Estimada para el próximo año
Contratos bajo legislación española			
Contratos bajo legislación de la UE			
Contratos bajo legislación de EEUU			
Contratos bajo otras legislaciones			

Número de empleados:

Último año	Año en curso	Estimado para el próximo año

Su experiencia:

Por favor, indique si una o más de sus sociedades tiene al menos cinco años de experiencia en su **actividad profesional** Sí No

En caso contrario, por favor anexe los curriculum vitae de todos sus Directores.

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA EMPRESAS DE SEGURIDAD.

Este cuestionario es aplicable para:

Empresas de seguridad con facturación anual superior a 1.000.000 euros.

La actividad de su negocio

1. Por favor detalle **su actividad profesional**. La cobertura se limitará a las actividades declaradas en este cuestionario.

- a) Vigilancia y protección de bienes, establecimientos, espectáculos, certámenes o convenciones €
- b) Protección de personas determinadas, previa la autorización correspondiente. €
- c) Depósito, custodia, recuento y clasificación de monedas y billetes, títulos-valores y demás objetos que, por su valor económico y expectativas que generen, o por su peligrosidad, puedan requerir protección especial, sin perjuicio de las actividades propias de las entidades financieras. €
- d) Transporte y distribución de los objetos a que se refiere el apartado anterior. €
- e) Instalación y mantenimiento de aparatos, dispositivos y sistemas de seguridad.
 - i. Instalación y mantenimiento de aparatos, dispositivos y sistemas de sistemas de protección contra incendios. €
 - ii. Instalación y mantenimiento de otros aparatos, dispositivos y sistemas de seguridad. €
- f) Explotación de centrales para la recepción, verificación y transmisión de las señales de alarmas y su comunicación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. €
- g) Planificación y asesoramiento de las actividades de seguridad. €

En caso de necesitar aclaraciones adicionales acerca de **su actividad(es) profesional(es)**, por favor, detalle a continuación.

¿Cuál fue **su** facturación aproximada el último año? Si este cuestionario fuera completado para un nuevo negocio, por favor señale **sus** ingresos estimados para el próximo año.

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

¿Han variado sustancialmente estas actividades desde su establecimiento y/o hay cambios previstos para los próximos 12 meses? Sí No

En su caso, por favor indique información adicional:

2. Por favor, detalle los cinco mayores contratos o trabajos que haya tenido los tres últimos años:

Nombre del <i>cliente</i> y actividad	Servicio prestado	Valor del contrato	Honorarios

Por favor, detalle los tres mayores contratos o trabajos que vaya a tener en el próximo año:

Nombre del <i>cliente</i> y actividad	Servicio prestado	Valor del contrato	Honorarios

¿Cuál es el valor medio de sus contratos realizados?:

Valor medio: Euros Duración media: meses

¿Cuál es la proporción de clientes particulares y clientes profesionales?:

Particulares: % Empresas: %

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

¿Cuáles son los sectores de actividad de sus clientes?

Sector	Año actual (Euros)	Próximo año (Euros)
Administración Pública		
Aeropuertos		
Almacenes, depósitos		
Astilleros		
Estaciones de servicio y unidades de suministro de combustibles y carburantes		
Bancos, cajas y demás entidades de crédito		
Estaciones de transporte terrestre		
Explosivos		
Ferias, exposiciones		
Grandes almacenes, centros de distribución		
Hospitales		
Instalaciones industriales		
Instalaciones militares o de defensa		
Instalaciones nucleares		
Joyerías, platerías, galerías de arte y tiendas de antigüedades		
Minería		
Puertos marítimos		
Otros. Por favor, especifique:		
3		

3. ¿Utiliza subcontratistas?

Sí No

En caso afirmativo:

- a) ¿Qué porcentaje representan sus honorarios sobre **su** volumen de facturación? %
- b) ¿Qué trabajo desempeñan?

c) ¿Se asegura **usted** de que tienen su propio seguro de Responsabilidad Civil Profesional en vigor?

Sí No

d) ¿Qué límite requiere a sus subcontratistas?

€

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

4. ¿Acepta **usted** cláusulas de garantía en caso de retraso en la prestación de sus servicios? Sí No

5. ¿Qué medidas toma **usted** para la conservación/custodia y de uso de llaves confiadas ?

¿Se formalizan dichas medidas por escrito? Sí No

En caso afirmativo, ¿de qué modo?

6. ¿Se utilizan armas de las siguientes categorías para el desempeño de **sus actividades profesionales**?

Categoría 1ª	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Categoría 2ª	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Categoría 3ª	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Categoría 4ª	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Categoría 5ª	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Categoría 6ª	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Categoría 7ª	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Número de vigilantes con armas:

Número de vigilantes sin armas:

Protección de personas determinadas

7. Si ha declarado parte de su facturación (de último año) o si espera facturar para esta actividad, indique, por favor, la tipología de sus cliente (políticos, personalidades, gerentes de empresas privadas, etc).

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

Contratos

- 8.
- i. ¿Desempeña **su** trabajo únicamente bajo contrato escrito firmado por cada **cliente**?
Sí No
- ii. ¿Obtiene siempre asesoramiento profesional legal cuando firma contratos distintos a su contrato estándar?
Sí No

En caso afirmativo, ¿de quién?:

- iii. ¿Incluye alguna cláusula de limitación de **su** responsabilidad en **sus contratos**?
Siempre A veces Nunca
- iv. ¿Acepta **usted** expresamente responsabilidad por daños indirectos?
Siempre A veces Nunca

Seguros anteriores

9. ¿Ha contratado **usted** un seguro de Responsabilidad Civil Profesional antes?
Sí No

En caso afirmativo:

Nombre del Asegurador	Límite de indemnización	Franquicia	Prima	Fecha de renovación	Años en vigor sin interrupción

Por favor, señale el límite de indemnización que desee contratar:

300.000 Euros 600.000 Euros 1.000.000 Euros

Otro: Euros

6. ¿Tiene **usted** contratado un seguro de Responsabilidad Civil General/Explotación?
Sí No

En caso afirmativo:

Nombre del Asegurador	Límite de indemnización	Franquicia	Prima	Fecha de renovación	Años en vigor sin interrupción

Por favor, señale el límite de indemnización que desee contratar:

300.000 Euros 600.000 Euros 1.000.000 Euros Otro: Euros

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

RECLAMACIONES

Por favor rellene estas cuestiones para cualquier riesgo a asegurar.

En relación con su actividad profesional, ¿tiene usted conocimiento, después de las oportunas averiguaciones, de:

- cualquier defecto en su trabajo que pueda dar lugar a una reclamación contra usted? Sí No
Esto incluye:
 - Un defecto conocido por usted que no pueda arreglar.
 - Una queja sobre su trabajo o sobre cualquier servicio prestado que no se pueda resolver inmediatamente.
 - Un incremento en el número de quejas en un proyecto en concreto.
- algún cliente reteniendo algún pago a usted después de una queja? Sí No
- alguna pérdida por conductas deshonestas o dolosas (o supuestamente deshonestas o dolosas) de cualquier empleado o colaborador autónomo? Sí No
- cualquier asunto que pueda dar lugar a un reclamación contra sus antecesores en el negocio o cualquier anterior socio, director, directivo o empleado? Sí No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las cuestiones anteriores, por favor, detalle a continuación:

¿Se le ha presentado a usted o a sus predecesores en el negocio o a cualquier socio, director, directivo o empleado anteriores o actuales (estuvieran o no asegurados), alguna reclamación? Sí No

¿En alguna ocasión le han cancelado, declinado, anulado o condicionado a términos especiales algún seguro o propuesta de seguro? Sí No

En caso afirmativo, por favor detalle a continuación:

Fecha	Detalles

Solicitud de Seguro

Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

DECLARACIÓN

Por favor, lea cuidadosamente esta declaración y firme al final.

INFORMACIÓN MATERIAL

Por favor, infórmenos de los detalles de cualquier información que pueda ser relevante para nuestra consideración de su propuesta de seguro. En caso de duda sobre la relevancia, infórmenos de dichos detalles.

DECLARACIÓN

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado después de una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados.

Acuerdo/Acordamos que este formulario y toda información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma del Director/Socio/Directivo

Fecha

Una copia de esta propuesta de seguro debería quedarse en su poder.