

Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Prevención de Riesgos Laborales

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. 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 profesional 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.

1. Datos generales

Tomador de la Póliza: C.I.F.:

Domicilio Social:

Ciudad: C.P.:

Teléfono: Fecha de comienzo de actividades:

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

.....

2. Información Adicional:

2.1 ¿Realiza trabajos fuera de la Unión Europea?

Si No

En caso afirmativo, ¿Realiza trabajos en Estados Unidos / Canadá?

Si No

2.2 ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años?

Si No

Si la respuesta es si, por favor facilite información sobre el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causante de la reclamación.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.3 ¿Tiene usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación?

Si No

2.4 ¿Desarrolla actividades relacionadas con el medio ambiente?

Si No

En caso afirmativo, ¿Desea reemplazar la exclusión de contaminación por una cobertura para Reclamaciones por contaminación súbita y accidental?

Si No

2.5 ¿Desarrolla alguna de las actividades de prevención laboral detalladas en el Anexo I del Real Decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención y desea cobertura para las mismas, distintas de Construcción, Excavación, Movimientos de Tierra, Túneles, Industria Siderúrgica y Construcción Naval; Inmersión bajo el Agua y/o Alta Tensión?

Si No

2.6 ¿Desarrolla la actividad de Coordinador de Seguridad y Salud en obras de construcción?

Si No

2.7 ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional?

Si No

En caso afirmativo, por favor de detalles:

- Nombre del Asegurador:
- Límite de Indemnización:
- Prima:
- Franquicia:
- Fecha de vencimiento de la Póliza:

3. Actividad / Facturación

Descripción completa y detallada de la actividad.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Volumen de honorarios y/o facturación del último ejercicio cerrado así como estimación de cierre del ejercicio en curso y Cumplimente el cuadro de actividades.

Facturación por Trabajos con:	%	Ultimo ejercicio cerrado	Estimación ejercicio en curso
Oficinas			
Industria en General			
Construcción, Excavación, Movimientos de Tierras, Túneles.			
Coordinación de Seguridad y Salud en obras de construcción			
Industria Siderúrgica y construcción naval.			
Alta Tensión / Inmersión bajo el agua			
Resto de Actividades - Anexo I RD 39/1997:			
▪ Exposición a radiaciones ionizantes.			
▪ Exposición Agentes Tóxicos.			
▪ Intervienen Productos Químicos de Alto Riesgo.			
▪ Exposición a agentes biológicos de los grupos 3 y 4			
▪ Minería – sondeos en superficie terrestre o plataformas marinas.			
▪ Fabricación, manipulación y utilización de explosivos – productos pirotécnicos.			
▪ Gases comprimidos, licuados o disueltos			
▪ Polvo silíceo			

4. Información sobre la plantilla

- Número Total Empleados:
- Número de Socios:
- Número de Personal Titulado :
- Desglose del personal Titulado indicando su cualificación:

- Técnicos Superiores
- Técnicos Intermedios
- Médicos
- ATS
- Otros

.....

.....

.....

.....

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 esta solicitud 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 la presente solicitud.

La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.

Se acuerda que esta solicitud, 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.