

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA CONSULTORÍAS INFORMÁTICAS Y EMPRESAS TECNOLÓGICAS.**

---

**1. TOMADOR**

Tomador de la póliza: \_\_\_\_\_ CIF: \_\_\_\_\_

Domicilio Social: \_\_\_\_\_

Población/Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Web: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de la persona que firma: \_\_\_\_\_

**2. ACTIVIDAD**

Descripción completa y detallada de la actividad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha comienzo de actividades: \_\_\_\_\_

Los socios, ¿tienen más de 5 años de experiencia en el sector?. Si  No

**Facturación Último Ejercicio Cerrado:** \_\_\_\_\_ €

**Estimación Ejercicio en Curso:** \_\_\_\_\_ €

Desglose aproximado por actividades que desarrollan:

Desarrollo de Software Estándar	
Proyecto, Diseño y Desarrollo de Software a medida	
Asesoramiento, Consultoría, Análisis y Auditoría de Sistemas	
Proceso de servicio/ de datos	
Gestión de Proyectos y/o Recursos	
Sistemas de Codificación y/o Encriptación	
Suministro Hardware y Software	
Instalación y Mantenimiento de Hardware y Servidores	
Mantenimiento de Software	
Diseño Web, E-Business, E-Commerce	
<b>Otros (especificar):</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>100 %</b>

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Consultorías Informáticas.

### 3. INFORMACIÓN ADICIONAL

3.1 ¿Dónde realiza sus trabajos?

España	
Unión Europea	
EEUU y Canadá	
Resto del Mundo (* Especificar)	
TOTAL:	100 %

3.2. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años o tiene usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación? Si  No

En caso afirmativo, por favor facilite información sobre el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causantes de la reclamación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.3. ¿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 Vencimiento: \_\_\_\_\_

3.4 Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:

150.000       300.000       600.000       1.200.000   
 1.500.000       1.800.000       2.500.000       3.000.000

Indique la franquicia que desea asumir: € \_\_\_\_\_

3.5 Enumere los 3 proyectos más importantes en los que han participado en los últimos 3 años:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.6. ¿Subcontrata a terceros? Si  No  ¿En qué porcentaje sobre su volumen total? \_\_\_\_\_ %

¿Qué servicios subcontrata? \_\_\_\_\_

¿Exigen póliza de Responsabilidad Civil a los subcontratistas? Si  No

#### 4. INFORMACIÓN SOBRE PLANTILLA

---

Nº de Socios	
Nº Total Empleados (incluyendo socios)	
Nº de Personal Titulado	

Desglose del personal Titulado indicando su cualificación:

TITULACIÓN	Nº

#### 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. Así mismo, se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud. 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. La firma de esta solicitud **NO** obliga al firmante a la formalización del seguro propuesto.

Firmado: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Sociedad: \_\_\_\_\_ Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_

\* 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 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 ruego contacten con nosotros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.

\*\* 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 firmante autoriza a RUIZ & ANDICOBERRY a que sus datos personales y/o empresariales sean incorporados a ficheros automatizados o no, sometidos a tratamiento informático y conservándolos, con independencia de que se llegue a formalizar o no un contrato de seguro, o posteriormente se mantenga o no el mismo en vigor, a efectos de control, gestión, tramitación de siniestros, estadísticos y remisión de comunicaciones por cualquier medio. Así mismo, autoriza a que sus datos sean cedidos total o parcialmente a otras corredurías y/o entidades aseguradoras, si fuese necesario, en los procesos de cotización, contratación, gestión, administración y/o tramitación de siniestros de sus contratos de seguro. El solicitante cuenta con los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos. Así mismo podrá revocar el consentimiento de cesión de los datos prestados.

---

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Consultorías Informáticas.