



SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EMPRESAS TECNOLÓGICAS

| DATOS PERSONALES DEL TOMADOR: | | | |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Razón social | | CIF | |
| Dirección | | Código Postal | |
| Población | | Teléfono | |
| Dirección e-mail | | Página web | |
| Última Facturación/Honorarios | | Facturación/salario previsto | |
| ACTIVIDAD PROFESIONAL: DESCRIPCIÓN | | | |
| Descripción | | | |
| Titulación Académica y especialización | | Año inicio actividad | |
| ¿Es miembro de alguna Asociación? Si es así indicar | COLEGIO DE INGENIEROS INFORMÁTICOS SUPERIORES DE GALICIA. | Experiencia en el sector | |
| ¿Diseña o presta servicios relacionados con: | | | |
| 1) Procesos de control que impacten de forma directa en la línea de producción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 2) Desarrollo de juegos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 3) Sistemas financieros? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 4) Sistemas de pagos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| 5) Seguridad en la red? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores por favor amplíe detalles | | | |
| NUMERO DE EMPLEADOS EN PLANTILLA | | | |
| Socios | | | |
| Personal especializado/Titulados | | | |
| Personal temporal | | | |
| Resto de personal (especificar) | | | |
| ASPECTOS ECONOMICOS (Ha de señalar el volumen de honorarios y/o facturación del último ejercicio cerrado, así como una estimación del cierre del ejercicio en curso) | | | |
| Volumen de facturación anual (desglosada según actividad) | Ejercicio anterior 201 | Estimación ejercicio en curso 201 | Estimación del próximo ejercicio 201 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Facturación Total: (1+2+3) | | | |
| PRINCIPALES CLIENTES | | | |
| Detalle de los tres principales clientes | Porcentaje de Facturación | | |
| 1. | % | | |
| 2. | % | | |
| 3. | % | | |
| ¿Diseña o presta servicios relacionados con: | | | |
| Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| En caso afirmativo detallar | | | |
| ¿Conoce algún supuesto o hecho realizado durante los últimos años por el que pudiera sufrir una reclamación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| En caso afirmativo detallar | | | |
| ¿Ha sufrido alguna otra reclamación no profesional relacionada con su actividad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| En caso afirmativo detallar | | | |
| RECLAMACIONES ANTERIORES. Si responde afirmativamente a alguna de las siguientes cuestiones por favor amplíe información relacionadas con circunstancias, causa, fechas y reclamante. | | | |
| ¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |

| | | |
|--|---|--|
| En caso afirmativo detallar | | |
| ¿Conoce algún supuesto o hecho realizado durante los últimos años por el que pudiera sufrir una reclamación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| En caso afirmativo detallar | | |
| ¿Ha sufrido alguna otra reclamación no profesional relacionada con su actividad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| En caso afirmativo detallar | | |
| Seguros anteriores Ha tenido alguna póliza anterior que cubriera similares riesgos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| En caso afirmativo detallar desde cuando la tiene contratada y Cía aseguradora | | |
| AMBITO GEOGRÁFICO | | |
| ¿Realiza trabajos fuera de la Unión Europea? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicar facturación | |
| En caso afirmativo, ¿Realiza trabajos en Estados Unidos/Canadá | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicar facturación | |
| Especificar otros países: | Indicar facturación | |
| OPCIONES DE COBERTURA (Límites por siniestro y anualidad de seguro) | | |
| | | |
| LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR SINIESTRO Y ANUALIDAD | PRIMA NETA | PRIMA TOTAL |
| 165.000 Euros | 233 Euros | 247,32 Euros <input type="checkbox"/> |
| 315.000 Euros | 300 Euros | 318,45 Euros <input type="checkbox"/> |
| 465.000 Euros | 376 Euros | 399,12 Euros <input type="checkbox"/> |
| Resumen: Coberturas: RC Profesional, daños a expedientes, RC Explotación, RC Patronal, Compensación por asistencia a Juicio, Sanciones y Multas LOPD, RC Contagio VIRUS, Liberación de gastos, Fianzas y Defensa civiles y penales. Sublímites: RC Patronal 100.000 Euros por víctima, Sanciones y Multas LOPD 50.000 Euros por periodo de seguro, Sublímite contagio VIRUS 100.000 por siniestro Franquicia: 250 Euros por siniestro – daños a expedientes: 10% mínimo 300 Euros. LOPD: 1.500 Euros por siniestro, VIRUS: 1.000 Euros por siniestro. Retroactividad Ilimitada. Delimitación Geográfica Unión Europea y Jurisdicción: España Condiciones de aplicación para Sociedades que facturen hasta 300.000 Euros a último ejercicio cerrado. | | |
| IBAN: | | DOMICILIACION BANCARIA: |
| E | S | |
| Fecha y Firma: | | |
| En | a | de 201 |
| CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: | | |
| <p>Se informa al interesado que los datos de carácter personal, incluyendo los datos del presente cuestionario/solicitud y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, serán incluidos en un fichero de datos del que es responsable HOUSTON CASUALTY COMPANY EUROPE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (HCC Europe). El Asegurado/Tomador deberá completar todos los campos del formulario con información veraz, completa y actualizada. En caso contrario, HCC EUROPE podrá proceder a rechazar la solicitud de suscripción de la póliza. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el envío de información por HCC EUROPE sobre productos y servicios propios y de terceros del sector asegurador, bien por correo electrónico o por cualquier otro medio. Una vez concluida la relación contractual, sus datos personales podrán ser almacenados en nuestras BBDD con el único objetivo de continuar informándole de nuestros productos y servicios. El Asegurado/Tomador autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades del sector asegurador y/o empresas del grupo HCC y en concreto a HCC Insurance Holdings (International) Ltd. (UK); HCC Global Financial Products (Spain, UK, USA), HCC Insurance Holdings, Inc. (USA), HCC Service Company, Inc. (USA – UK Branch), Houston Casualty Company (USA – UK Branch); HCC International Insurance Company PLC (UK), HCC Credit (USA), US Surety Company (USA) y entidades financieras, intermediarios u otras empresas colaboradoras. El Asegurado/Tomador podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a HCC EUROPE, Plaza Carlos Trias Bertrán 4, Planta 1ª, 28020 Madrid, o a la dirección de correo electrónico sac@hcc europe.com, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. En el caso de que el Tomador o el Asegurado facilite a HCC EUROPE información relativa a los Asegurados o Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiesta que todos los datos de los Asegurados o de los Perjudicados o de cualquier tercero que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos, y que los Asegurados o Perjudicados han prestado su consentimiento para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro y con el contenido de la presente cláusula.</p> <p>Tomadores y Asegurados o Beneficiarios en Cataluña: teléfono gratuito incidencias y reclamaciones 900 701 138. HCC Europe, HCC, Torre Diagonal Mar, c/Josep Pla 2, 10º, 08019 Barcelona</p> | | |