

Esta propuesta de seguro es válida para todas aquellas sociedades cuyo volumen de facturación anual sea inferior a €1.000.000.

Se pretende que la presente propuesta de seguro se cumplimente de forma precisa y honesta. **Usted** debe facilitar toda la información, circunstancias y hechos que sean, o puedan ser, relevantes para nuestra consideración de su propuesta de seguro.

Corredor de seguros

1. a. **Tomador**

Dirección

CP

CIF Teléfono:

Página web Email

b. **Actividad profesional:**

a)	Vigilancia y protección de bienes, establecimientos, espectáculos, certámenes o convenciones.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
b)	Protección de personas determinadas, previa la autorización correspondiente.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
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.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
d)	Transporte y distribución de los objetos a que se refiere el apartado anterior.	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
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.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
ii.	Instalación y mantenimiento de otros aparatos, dispositivos y sistemas de seguridad.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
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.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %
g)	Planificación y asesoramiento de las actividades de seguridad.	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> %

c. Número de empleados (incluyendo aquellos a tiempo parcial):

Volumen de facturación consolidado (últimos 12 meses):

d. *En caso de que Usted no consolide rogamos indique el volumen de facturación total del Grupo.*

2. a. ¿**Su** volumen de facturación anual del último año es inferior a €1.000.000? Sí No
- b. ¿Alguno de sus contratos representa más de 300.000 euros de honorarios? Sí No
- c. ¿Procede más del 30% de su facturación total de alguna de las **actividades profesionales** de los apartados b o e anteriores? Sí No
- d. ¿Desarrolla **su actividad profesional** o presta servicios fuera de España? Sí No
- e. ¿**Usted** o la sociedad tienen más de 3 años de experiencia en la **actividad profesional** asegurada? Sí No
- f. ¿Tiene conocimiento de **reclamaciones** que podrían haber estado cubiertas por esta **póliza** de haber estado en vigor? Sí No
- g. ¿Después de las oportunas averiguaciones tiene coconocimiento de cualquier hecho, circunstancia, alegación o incidente que pueda dar lugar a una **reclamación** cubierta bajo la póliza a contratar? Sí No

Si usted ha señalado cualquiera de las casillas sombreadas, por favor, proporcione detalles adicionales (adjunte las páginas adicionales que sean necesarias).

Su Cobertura

Límite de indemnización por reclamación y anualidad de seguro:

€

Franquicia por reclamación

€

Condicionado Responsabilidad Civil Profesional:

Ámbito temporal: reclamaciones formuladas durante el periodo de seguro y derivadas de los actos cometidos o supuestamente cometidos durante el periodo de seguro o con anterioridad al mismo, pero con posterioridad a la fecha de retroactividad.

Fecha de retroactividad: un año antes de la fecha de efecto.

Ámbito territorial: reclamaciones presentadas en la Unión Europea

Responsabilidad Civil General (Explotación, Patronal y Postrabajos):

Ámbito temporal: siniestros ocurridos durante el periodo de seguro, y reclamados contra el asegurado por primera vez durante el periodo de seguro o hasta veinticuatro (24) meses después de la terminación del periodo de seguro o de la última de las prórrogas de la póliza.

Ámbito territorial: responsabilidades civiles derivadas de los daños sobrevenidos en la Unión Europea y declaradas y reconocidas por los tribunales de la Unión Europea.

Sublímite por víctima en RC Patronal: 150.000 euros.

Por favor introduzca la fecha en la que desee que la póliza entre en vigor.

La cobertura sólo comenzará tras las confirmación de cobertura por parte de Hiscox.

Por favor, tenga en cuenta que esta póliza de seguro es una póliza anual renovable tácitamente de acuerdo con el artículo 22 de la Ley Contrato de Seguro y que tendrá validez hasta que cualquiera de las partes diera parte de terminación de acuerdo con el procedimiento planteado en los términos o hasta que Hiscox termine la póliza siguiendo el impago de cualquier prima debida por usted.



Solicitud de Seguro Hiscox Professional Responsabilidad Civil Profesional para Empresas de Seguridad

Ley de Protección de Datos.

Los datos de carácter personal facilitados por **usted** se incluirán en ficheros automatizados, del que es responsable Hiscox Insurance Company Limited, sucursal en España, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, con el fin de que nosotros le informemos sobre nuestras actividades y productos, así como para la liquidación de **siniestros y reclamaciones** y la colaboración estadístico actuarial y de lucha contra el fraude. **Usted** podrá dirigirse, para solicitar su consulta, actualización, rectificación o cancelación, si así lo desea, a Hiscox Insurance Limited Sucursal en España, C/ María de Molina, 37 Bis 28006 Madrid. **Usted** otorga su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro. Las sociedades del grupo Hiscox tendrán acceso a tales datos de carácter personal para los fines anteriormente mencionados.

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 Presidente, Director General o equivalente.

Fecha

Una copia de esta propuesta debe quedar bajo su poder para su registro.