

# Solicitud de Seguro Hiscox Professional Responsabilidad Civil Profesional para Consultores y Agencias de Marketing y Publicidad

**Esta propuesta de seguro es válida para todas aquellas consultoras y agencias de marketing y publicidad, incluyendo el diseño gráfico y las relaciones públicas, 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:  Localidad:  Provincia:

CIF  Teléfono:

Página web  Email

b. Describa detalladamente **su Actividad Profesional**:

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. ¿Alguno de **sus** contratos tiene un valor superior a €250.000? Sí  No

b. ¿Su actividad profesional incluye márketing directo (creación y distribución de publicidad incluyendo folletos, flyers así como otro material impreso que sea enviado por correo, e-mail, SMS o telemarketing)? Sí  No

c. ¿Su actividad profesional incluye promoción de ventas (creación, planificación, desarrollo y promoción de actividades para atraer la atención y promocionar la venta de bienes y servicios)? Sí  No

d. ¿Desarrolla su **actividad profesional** o presta servicios en Estados Unidos o Canadá? Sí  No

e. ¿**Usted** o la sociedad tienen más de dos (2) 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 conocimiento 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 (por favor, adjunte páginas adicionales que sean necesarias)



Solicitud de Seguro  
Hiscox Professional  
Responsabilidad Civil Profesional para Consultores y Agencias  
de Marketing y Publicidad

**Su Cobertura**

Indique el límite que desea:

Límite de indemnización por **reclamación** y  
anualidad de seguro

€

**Condicionado**

**Responsabilidad Civil Profesional:** HISCOX RCP 2008 6425

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

**Franquicia**

€..... por cada **reclamación/siniestro**

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.**

**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 e 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 y sello de la Sociedad.

Fecha

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