

Responsabilidad Civil Profesional



---

## Solicitud de Seguro Medios de Comunicación

Debe completar las secciones de Información General, Reclamaciones y leer y firmar la Declaración.

**INFORMACIÓN  
 GENERAL**

Corredor de Seguros

Nombre del tomador:

CIF:

Domicilio:

Por favor, facilite la misma información para otras sociedades (incluyendo filiales y participadas) que requieran cobertura bajo este seguro.

Nombre y domicilio de los Asegurados adicionales a incluir en la cobertura:

NOTA: Por favor, tenga en consideración que las siguientes preguntas de este cuestionario se refieren a todas las sociedades a asegurar bajo la **póliza**.

Dirección web

Responsabilidades adicionales: ¿Se requiere cobertura para trabajos realizados por otras sociedades distintas a las señaladas en este cuestionario? Esto puede incluir un predecesor en el negocio o responsabilidad de alguna de sus empresas asociadas. Sí  No

En caso su caso, por favor indique información adicional:

Años de actividad:

Facturación total:

	Último año	Año en curso	Estimada para el próximo año
Contratos bajo legislación española			
Contratos bajo legislación de la UE			
Contratos bajo legislación de EEUU			
Contratos bajo otras legislaciones			

Número de empleados:

	Último año	Año en curso	Estimado para el próximo año

Su experiencia: Por favor, indique si una o más de sus sociedades tiene al menos cinco años de experiencia en su **actividad profesional** Sí  No

En caso contrario, por favor anexe los curriculum vitae de todos sus Directores.

**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL  
PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**

**Editoriales**

1. Por favor, complete la siguiente tabla con todas sus publicaciones:

Nombre de la publicación	¿De qué trata?	¿En qué formato publica? (e.g. revista, CD, internet...)	¿Con qué frecuencia se publica?	Distribución anual aproximada	Países donde se distribuye

Si es usted editor de libros, por favor, adjunte una copia de su último catálogo.

¿Cuáles de sus publicaciones son accesibles en internet?

¿Qué porcentaje aproximado de su volumen de facturación anual proviene de ingresos por publicidad?  %

2. ¿Presta **usted** otros servicios para clientes que generen ingresos para **usted**?  
Sí  No

En caso afirmativo, por favor, detalle a continuación:

¿Qué porcentaje aproximado de su volumen de facturación anual proviene de dichos servicios?

3. ¿Lleva a cabo **usted** publicaciones por contrato? Sí  No

En caso afirmativo, por favor, detalle a continuación:

De las publicaciones que usted publica por contrato ¿para cuáles no participa en su edición?:

4. ¿En cualquiera de sus publicaciones utiliza música, literatura, películas, vídeo, fotografías u otras imágenes para las que tenga que adquirir derechos?  
Sí  No

En caso afirmativo, por favor, detalle a continuación los procedimientos implantados para asegurar que tiene los correspondientes derechos previamente a su publicación:

5. ¿Qué procedimientos previos a la publicación tiene implantados para comprobar legalmente el material? Sí  No

6. ¿Consulta siempre con abogados cualquier material que fuera potencialmente contencioso?  
Sí  No

¿Con qué abogados consulta?

7. ¿Quién decide consultar con abogados cualquier material potencialmente contencioso?

8. ¿Utiliza un contrato estándar para autores o colaboradores en todos los casos?  
Sí  No

En su caso, ¿contiene una cláusula de indemnización por parte de dichos autores o colaboradores?

Sí  No

Por favor, adjunte una copia de su contrato estándar.

### Radiodifusión

9. ¿Qué tipo de medio de comunicación utiliza? (por favor, detalle cualquier participación en internet)

¿Cuántas horas a la semana emite?

¿Cuál es **su** audiencia semanal media para todos sus programas?

¿Cuál es **su** audiencia punta y en qué programa la consiguió?

10. Por favor, indique el porcentaje aproximado del tiempo de difusión en las siguientes áreas, e indique a continuación la proporción de programas producidos por **usted** y la de aquellos producidos por terceros.

Tipo de programa	Porcentaje sobre el tiempo de difusión global	Programas producidos por usted	Programas producidos por terceros
Música	%	%	%
Juegos, comedia, deporte o Entretenimiento.	%	%	%
Infantil/Religioso	%	%	%
Cine	%	%	%
Noticias	%	%	%
Documentales o sucesos de actualidad.	%	%	%
Debates, programas con intervención telefónica, programas en directo o programas sin guión.	%	%	%
Otros tipos. Por favor especifique:	%	%	%

11. Por favor, indique **su** facturación incluyendo **sus** honorarios de las siguientes categorías:

a) Publicidad:

b) Programas de ventas:

c) Merchandising:

d) Otros. Por favor, detalle a continuación:

12. ¿Qué procedimientos de pre-autorización tiene implantados para comprobar legalmente programas grabados antes de su emisión?

13. ¿Cuáles son sus protocolos y procedimientos de pre-emisión para programas en directo?

14. ¿Consulta con abogados cualquier material que fuera potencialmente contencioso previamente a la emisión? Sí  No

En caso afirmativo, por favor, mencione con qué abogados consulta:

15. ¿ Quién decide consultar con abogados cualquier material potencialmente contencioso?

16. Al adquirir los derechos de emisión de cualquier programa o material, ¿requiere indemnización del proveedor del programa o material?

Sí  No

17. ¿Qué tipo de programas provee **usted** a otras emisoras?

18. ¿Facilita indemnización por **sus** programas a quien adquiere el derecho de emisión?

Sí  No

¿A qué emisora cede sus programas?

¿Dónde emitirán sus programas?



Solicitud de Seguro  
Hiscox Professional  
**Responsabilidad Civil Profesional para Medios de Comunicación**

**Infidelidad de sus empleados**

En lo referido a firma de cheques, talones, y/o cualquier otro medio de pago incluyendo transferencias de fondos o cualquier otro activo financiero ¿existe control por parte de al menos de dos personas en la firma de tales cheques y/o transferencias?

Si  No

En caso negativo, por favor detalle procedimientos alternativos en funcionamiento:

**RECLAMACIONES**

Por favor rellene estas cuestiones para cualquier riesgo a asegurar.

En relación con su actividad profesional, ¿tiene usted conocimiento, después de las oportunas averiguaciones, de:

- cualquier defecto en su trabajo que pueda dar lugar a una reclamación contra usted? Sí  No   
Esto incluye:
  - Un defecto conocido por usted que no pueda arreglar.
  - Una queja sobre su trabajo o sobre cualquier servicio prestado que no se pueda resolver inmediatamente.
  - Un incremento en el número de quejas en un proyecto en concreto.
- algún cliente reteniendo algún pago a usted después de una queja? Sí  No
- alguna pérdida por conductas deshonestas o dolosas (o supuestamente deshonestas o dolosas) de cualquier empleado o colaborador autónomo? Sí  No
- cualquier asunto que pueda dar lugar a un reclamación contra sus antecesores en el negocio o cualquier anterior socio, director, directivo o empleado? Sí  No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las cuestiones anteriores, por favor, detalle a continuación:

¿Se le ha presentado a usted o a sus predecesores en el negocio o a cualquier socio, director, directivo o empleado anteriores o actuales (estuvieran o no asegurados), alguna reclamación? Sí  No

¿En alguna ocasión le han cancelado, declinado, anulado o condicionado a términos especiales algún seguro o propuesta de seguro? Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle a continuación:

Fecha	Detalles

**DECLARACIÓN**

Por favor, lea cuidadosamente esta declaración y firme al final.

**INFORMACIÓN MATERIAL**

Por favor, infórmenos de los detalles de cualquier información que pueda ser relevante para nuestra consideración de su propuesta de seguro. En caso de duda sobre la relevancia, infórmenos de dichos detalles.

**LEY 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 y la persona asegurada podrán dirigirse, para solicitar su consulta, actualización, rectificación o cancelación, si así lo desean, a Hiscox Insurance Limited Sucursal en España, C/ María de Molina, 37 Bis 28006 Madrid. Usted y la persona asegurada otorgan 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 Director/Socio/Directivo

Fecha

**Una copia de esta propuesta de seguro debería quedarse en su poder.**