

# Solicitud de Seguro Hiscox Professional Responsabilidad Civil Profesional para Consultores Informáticos y en Tecnología

**Esta propuesta de seguro es válida para todas aquellas sociedades cuyo volumen de facturación anual sea inferior a €300.000.**

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

CIF  Teléfono:

Página web  Email

b. **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. ¿**Su** volumen de facturación anual es inferior a €300.000? Sí  No

b. ¿Alguno de **sus clientes** pertenece a:  
Sí  No

- Bancos, Cajas, Corredores de Bolsa o cualquier entidad que preste servicios financieros;
- Ejército, defensa o cualquier industria armamentística, e industria aeronáutica;
- Sanidad, Hospitales, clínicas; o
- Industria ferroviaria, control de tráfico?

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

d. ¿**Usted** o la sociedad tienen más de dos (2) años de experiencia en la **actividad profesional** asegurada? Sí  No

e. ¿Tiene conocimiento de **reclamaciones** que podrían haber estado cubiertas por esta **póliza** de haber estado en vigor? Sí  No

f. ¿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 (por favor, adjunte páginas adicionales que sean necesarias)



Solicitud de Seguro  
Hiscox Professional  
Responsabilidad Civil Profesional para Consultores Informáticos  
y en Tecnología

Su Cobertura

Límite de indemnización por reclamación y  
anualidad de seguro:

€

Prima neta de impuestos:

€

Condicionado

HISCOX IT 2008 6425 10/08

Franquicia por reclamación

€

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.

Fecha

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