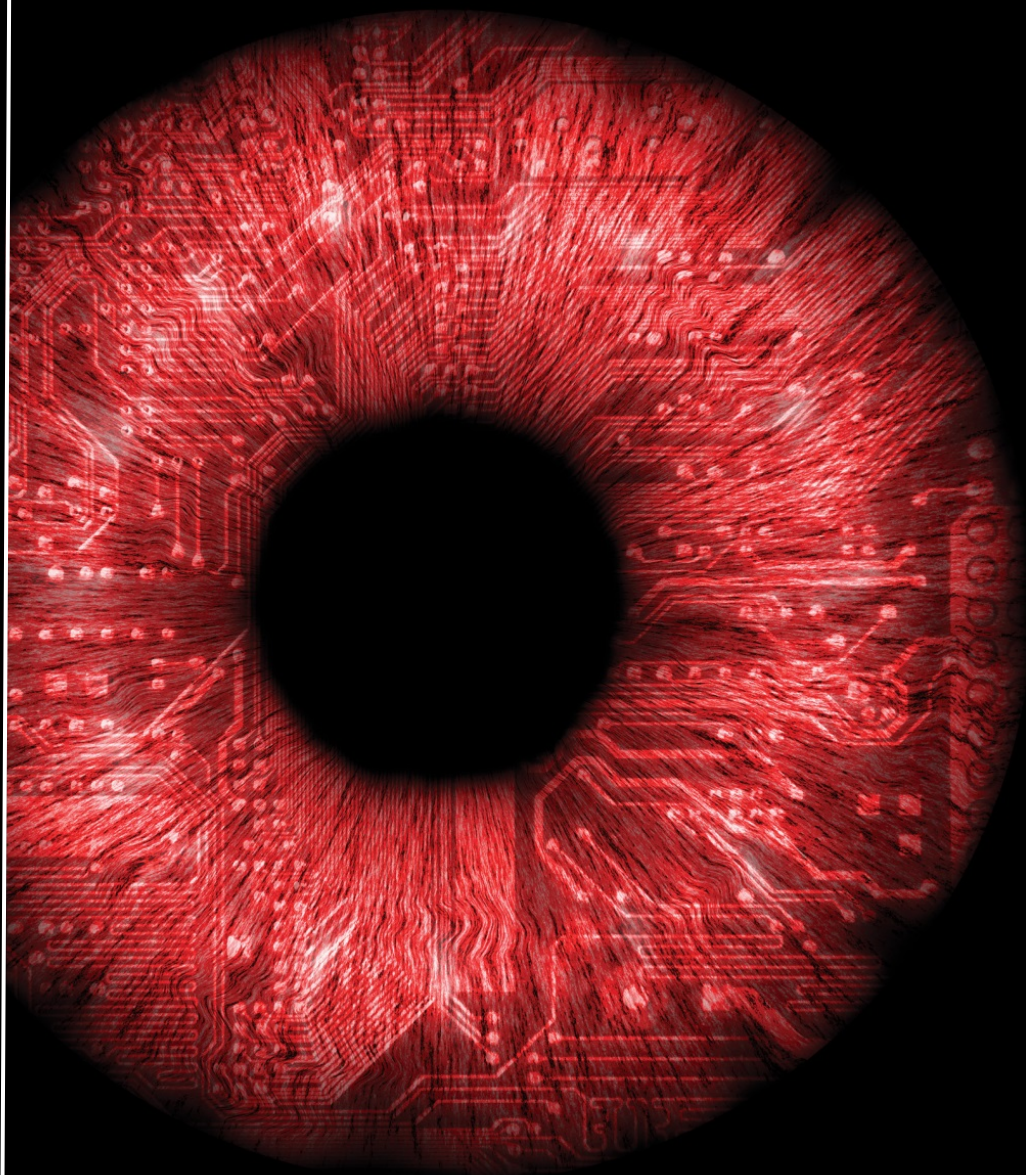


## **Hiscox CyberClear** **Solicitud de Seguro Precotizada**

Debe cumplimentar todas las secciones y firmar la Declaración.



Se pretende que la presente propuesta se cumplimente de forma precisa y honesta. Por favor cumplimente el cuestionario después de haber realizado las averiguaciones oportunas.

### Información general

Corredor de Seguros:	<input type="text"/>
Nombre del tomador:	<input type="text"/>
CIF:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Página Web	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Años de actividad:	<input type="text"/>
Facturación del tomador y sus filiales	<input type="text"/>
Número de empleados: El número total de sus empleados, incluyendo filiales:	<input type="text"/>
Actividades: Por favor detalle las actividades de su negocio (incluya las actividades de sus filiales):	<input type="text"/>

### Información de la gestión del riesgo

- a. ¿Confirma que la actividad de su negocio no incluye ninguna de las siguientes? Sí  No
- Servicios de procesamiento de pagos;
  - Instituciones financieras, compañías de seguros, corredurías de seguros;
  - Juegos de azar y apuestas;
  - Entidades de la administración pública (nacionales o locales);
  - Producción, distribución, publicidad o transmisión de contenidos pornográficos;
  - Agencias de calificación de créditos, agencias de rating;
  - Redes sociales personales o profesionales, incluyendo páginas web o servicios de citas.
  - Hospitales, clínicas y centros de planificación familiar;
  - Servicios públicos, tales como el suministro de gas, electricidad, agua o internet.
- b. ¿Procesa, almacena o transfiere menos de 100.000 registros personales (información relativa a una persona física) anualmente? Sí  No
- c. ¿Dispone de un antivirus actualizado e instalado en todos los sistemas y equipos, y dispone de Firewalls en todas las conexiones de red a redes externas? Sí  No
- d. ¿Dispone de un sistema de autenticación e identificación previo para el acceso a los sistemas informáticos (usuario y contraseña), con obligación de cambiar la contraseña periódicamente? Sí  No
- e. ¿Realiza usted copias de seguridad realizadas con una periodicidad de al menos cada 7 días y guardadas en sistemas o soportes de datos separados? Sí  No
- f. ¿Dispone de un proceso formal de implantación de parches (actualizaciones críticas de software)? Sí  No
- g. Si usted (o un proveedor externo en su nombre) procesa, almacena o transmite datos de tarjetas de pago, conteste a la siguiente pregunta:
- ¿Usted (o su proveedor externo) cumple con el Estándar de Seguridad de la Industria de tarjetas de pago (PCI DSS)? Sí  No

*Si ha contestado 'no' a alguna de las preguntas anteriores, por favor póngase en contacto con su corredor de seguros para un estudio individualizado.*

**Reclamaciones, incidentes y pólizas de seguros**

- a. ¿Ha sufrido en los últimos 24 meses alguna vulneración de datos, fallo de seguridad, extorsión cibernética, interrupción o caída de sus sistemas, destrucción de sus datos, acceso de personas no autorizadas a sus sistemas, o cualquier otro incidente similar que hayan dado lugar a una reclamación o inspección de datos? Sí  No
- b. ¿Tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia que pudieran dar lugar a una reclamación, inspección de datos o la activación de alguna de las coberturas de la póliza que le ofrecemos? Sí  No

Si ha contestado "sí" a alguna de la preguntas anteriores, por favor póngase en contacto con su corredor de seguros para un estudio individualizado.

**Límites y Primas**

Límite de indemnización por periodo de seguro

Volumen de facturación anual	Prima neta					
	150.000€	300.000€	600.000€	1.000.000€	1.500.000€	2.000.000€
Hasta 500.000€	500€ <input type="checkbox"/>	650€ <input type="checkbox"/>	750€ <input type="checkbox"/>			
Hasta 1.000.000€	600€ <input type="checkbox"/>	705€ <input type="checkbox"/>	960€ <input type="checkbox"/>	1.280€ <input type="checkbox"/>	1.535€ <input type="checkbox"/>	1.730€ <input type="checkbox"/>
De 1.000.001€ a 2.500.000€	700€ <input type="checkbox"/>	795€ <input type="checkbox"/>	1.080€ <input type="checkbox"/>	1.440€ <input type="checkbox"/>	1.730€ <input type="checkbox"/>	1.945€ <input type="checkbox"/>
De 2.501.000€ a 5.000.000€		925€ <input type="checkbox"/>	1.260€ <input type="checkbox"/>	1.680€ <input type="checkbox"/>	2.015€ <input type="checkbox"/>	2.265€ <input type="checkbox"/>
De 5.000.001€ a 10.000.000€		1.056€ <input type="checkbox"/>	1.440€ <input type="checkbox"/>	1.920€ <input type="checkbox"/>	2.305€ <input type="checkbox"/>	2.590€ <input type="checkbox"/>
De 10.000.001€ a 15.000.000€		1.215€ <input type="checkbox"/>	1.655€ <input type="checkbox"/>	2.210€ <input type="checkbox"/>	2.650€ <input type="checkbox"/>	2.980€ <input type="checkbox"/>
De 15.000.001€ a 20.000.000€		1.395€ <input type="checkbox"/>	1.905€ <input type="checkbox"/>	2.540€ <input type="checkbox"/>	3.050€ <input type="checkbox"/>	3.425€ <input type="checkbox"/>
De 20.000.001€ a 25.000.000€		1.605€ <input type="checkbox"/>	2.190€ <input type="checkbox"/>	2.920€ <input type="checkbox"/>	3.500€ <input type="checkbox"/>	3.940€ <input type="checkbox"/>
Franquicia General	<b>500€</b>	<b>2.000€</b>	<b>2.000€</b>	<b>2.000€</b>	<b>2.000€</b>	<b>2.000€</b>
Periodo de Carencia	<b>12 horas</b>					

**Descuentos y sobreprimas**

**Sobreprima por reducción de franquicia:** Si usted ha elegido una opción de límite de indemnización con una franquicia general de 2.000€, tiene la opción de solicitar un ajuste de dicha franquicia a 1.000€, en cuyo caso se aplicará una sobreprima del 10%.

Marque la casilla a continuación si desea contratar la póliza con una franquicia general de 1.000€

**Sanciones PCI:** Mediante el pago de una sobreprima y sujeto a respuesta afirmativa en la pregunta arriba indicada, ofrecemos las siguientes opciones de contratación:

- 50% del límite contratado por una sobreprima del 10%; o
- 100% del límite contratado por una sobreprima del 20%

**Descuento fidelización:** Si usted tiene actualmente una póliza en vigor y al corriente de pago con Hiscox España, tendrá derecho a un descuento del 10%.

¿Tiene una póliza en vigor y al corriente de pago contratada con Hiscox España? Sí  No

Indíquenos el número de póliza:

<b>Ámbito Territorial y Jurisdicción Aplicable</b>	Todo el Mundo excepto USA y Canadá.
<b>Retroactividad:</b>	Ilimitada
<b>Sublímites</b>	<b>Extorsión Cibernética:</b> 50% del límite de indemnización elegido. <b>Sanciones PCI:</b> Según opción contratada.
<b>Periodo de cobertura</b>	<b>Periodo de seguro:</b> 12 meses Periodo de Indemnización de 4 meses para la cobertura de Pérdida de Beneficios.
<b>Ámbito Temporal</b>	En relación con las coberturas de las secciones <b>2.1 Servicio de Respuesta a Incidentes</b> y <b>2.2. Pérdidas de asegurado</b> , y siempre que las mismas figuren en las condiciones particulares, se otorga cobertura únicamente a los incidentes ocurridos y notificados a la <b>aseguradora</b> durante el <b>periodo de seguro</b> .  En relación con las coberturas de la sección <b>2.3 Responsabilidad por fallo en ciberseguridad</b> , y <b>2.4 Responsabilidad por Contenido Digital</b> , y siempre que las mismas figuren en las condiciones particulares, se otorga cobertura a las <b>reclamaciones</b> presentadas durante el <b>periodo de seguro</b> y por hechos ocurridos con posterioridad a la <b>fecha de retroactividad</b> indicada en las condiciones particulares

<b>Declaración</b>	Por favor, lea cuidadosamente esta declaración y firme al final.
<b>Información material</b>	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.
<b>Ley protección de datos</b>	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, Paseo de la Castellana 60, 28046 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 de carácter personal para los fines anteriormente mencionados.
<b>Declaración</b>	Declaro/Declaramos que (a) este solicitud de seguro 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 solicitud de seguro han sido comunicados.

Firma, nombre y cargo

En representación del Tomador

Fecha

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