|  |  |
| --- | --- |
|  | **Se pretende que el presente cuestionario se cumplimente de forma precisa y honesta, y después de haber realizado las averiguaciones oportunas, tomando en cuenta a sus filiales y a los servicios que externalice, y en caso de respuesta parcial, negativa o de próxima aplicación, por favor facilite detalles. En caso de facturar más de 500 millones de euros, y­/o contratación de un limite mayor a 5 millones de euros solicitaremos mas información. En este documento “usted” se refiere a todos los asegurados.** |
| **Información general** | Nombre del tomador: |       |
|  |  |  |
|  | CIF: |       |
|  |  |  |
|  | Domicilio: |       |
|  |  |  |
|  | Página web: |       |
|  |  |  |
|  | Email: |        |
|  |  |  |
|  | Años de actividad: |       |
|  |  |  |
|  | Información financiera del tomador y sus filiales: |
|  | Ingresos anuales |       € | Ingresos por región (importe o porcentaje) |
|       Año |
|       % venta online |
| Resultado de explotación anual (o equivalente) |       € | Europa |        |
|       Año |
|  |  | EEUU de América |        |
|  |  | Resto del mundo |       |
|  |  | **Total anual** |       € |
|  |  |  |
|  | Número total de empleados, incluyendo filiales: |       |
|  |  |  |
|  | Por favor detalle la actividad de su negocio (incluya las de sus filiales): |       |
|  |  |  |
|  | 1. | Para entender mejor su actividad por favor seleccione las áreas que desarrolla: |
|  |  | **Área** | Si la realiza usted total o parcialmente conteste Sí por favor. | ¿La realiza online? |
|  |  | **Fabricación:** | Sí [ ]  No [ ]   | No aplica |
|  |  | **Venta al por menor:** | Sí [ ]  No [ ]   | Sí [ ]  No [ ]   |
|  |  | **Venta al por mayor:** | Sí [ ]  No [ ]   | Sí [ ]  No [ ]   |
|  |  | **Distribución (productos o servicios):** | Sí [ ]  No [ ]   | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  | **¿Ofrece servicios de hosting/ SaaS/PaaSS/IaaS a terceros?** | Sí [ ]  No [ ]   | No aplica |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | En caso afirmativo, por favor facilite detalles del servicio que ofrece:      |
|  |  |  |
|  | 2. | Indique por favor el número de personas físicas de quien usted, o alguien en su nombre, procesa, almacena o transfiere **datos sensibles\***: |
|  |  | **<20.000**  | [ ]  | **1.000.001 – 3.000.000**  | [ ]  |
| **20.001 – 100.000**  | [ ]  | **3.000.001 – 6.000.000**  | [ ]  |
| **100.001 – 250.000**  | [ ]  | **> 6.000.000** | [ ]  |
|  |  | **250.001 – 1.000.000** | [ ]  |  |
|  |  |  |
|  |  | **\*Datos sensibles** se entienden como: |
|  |  |  | DNI, número de seguridad social, número de carnet de conducir, pasaporte. |
|  |  |  | datos bancarios, por ejemplo números de tarjetas de crédito. |
|  |  |  | información sobre raza, etnia, orientación sexual, de salud, datos genéticos, biométricos, de convicciones religiosas o filosóficas, opiniones o afiliaciones políticas o sindicales. |
|  | 3. | ¿Cumple usted con la normativa de protección de datos? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 4. | Si usted tiene la obligación legal de hacerlo, ¿Ha designado un delegado de protección de datos (interno o externo)?  | Sí [ ]  No / Sin obligación [ ]  |
|  | 5. | Indique el cargo, años de experiencia y certificaciones de las personas responsables de protección de datos y de seguridad de la información: |
|  |  |       |
|  |  | No disponemos de responsable(s) en estas áreas. | [ ]  |
|  |  |  |  |
|  | 6. | ¿Tiene usted implementado un programa de formación anual para sus empleados y directivos sobre las amenazas y buenas prácticas en ciberseguridad, protección de datos y privacidad?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  | En caso afirmativo por favor facilítenos más detalles: |  |
|  |  |       |
|  |  |  |
|  | 7. | En relación con sus sistemas informáticos por favor conteste lo siguiente: |
|  |  |  | ¿Realiza inventario anual de sus softwares y firmwares? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Confirma que **no** hace uso de sistemas o programas sin soporte del fabricante (por ejemplo Windows 7 o XP)?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | En caso negativo, por favor conteste: |  |
|  |  |  | 1. | ¿Están los mismos totalmente aislados de Internet y del resto de su red? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | 2. | ¿Dispone de una extensión de soporte especial por parte del fabricante? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | Por favor indique su política de parcheado, indicando entre otras cosas la frecuencia, y si se realizan en entornos de prueba o no: |
|  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | ¿Se realizan las actualizaciones (parches) y las pruebas de software propio (en caso de desarrollarlo) en entornos de prueba? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Desarrolla software propio para su negocio? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | En caso afirmativo, por favor conteste: |  |
|  |  |  | 1. | ¿Realiza frecuentemente comprobaciones, con herramientas de terceros, de posibles vulnerabilidades? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | 2. | ¿Existe separación de funciones en las distintas fases de desarrollo del software? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 8. | En relación con sus copias de seguridad, por favor conteste lo siguiente: |
|  |  |  | Por favor describa su estrategia de copias de seguridad, indicando entre otras cosas **la frecuencia, los tipos de dispositivos o medios donde las almacena, si las realiza usted o no, número de copias y confirmación que al menos una de ellas está permanentemente desconetada de sus sistemas**. |
|  |  |  |       |
|  |  |  |  |
|  |  |  | ¿Realiza usted, o alguien en su nombre, copias de **todos sus sistemas e información crítica\*\*** para su negocio? (\*\*critica significan aquellos sistemas e información que en caso de indisponibilidad por más de 48 horas, le causarían una pérdida financiera)  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | ¿Cómo protege la integridad de sus copias de seguridad en el escenario de un acceso no autorizado de más 45 días? |
|  |  |  |       |
|  |  |  |  |
|  |  |  | ¿Dispone de un procedimiento de restauración de copias de seguridad, y lo prueba al menos una vez al año?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 9. | En caso de tener clientes en los EEUU de América, por favor conteste lo siguiente: |
|  |  |  | ¿Tiene filial en dicho país?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Exporta sus productos u ofrece sus servicios remotamente desde España o Europa a dicho páis? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | En caso afirmativo indique el porcentaje que representan sobre sus ingresos: |  |
|  |  |      % |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | ¿Está conectado a la red informática de sus clientes de EEUU de América? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | Por favor indique cuales de las siguientes opciones aplican en relación con la información que gestiona o almacena de dichos clientes:  |
|  |  |  | Información no personal sensible [ ]   | Datos personales Sensibles [ ]   |
|  |  |  | Información no sensible [ ]   | No almaceno ni gestiono [ ]  |
|  | 10. | Confirme por favor, si usted o alguien en su nombre, aplica el cifrado a la información en los siguientes momentos: |
|  |  |  | cuando está almacenada en cualquier punto de la red (incluyendo dispositivos móviles, de almacenamiento, servidores, entre otros) con un cifrado de 256 bits;  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | cuando es transmitida, incluyendo cuando se da uso a una red privada virtual (o VPN por sus siglas en inglés).  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 11. | ¿Dispone de políticas y procedimientos en relación con la retención, destrucción y depuración de datos personales, información corporativa e información confidencial? | Sí [ ]  No [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 12.  | ¿Disponen todos los administradores de sus sistemas de dos tipos de usuarios (uno para el día a día sin privilegios de administrador, y otro con privilegios de administrador)?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 13.  | ¿Acceden los empleados únicamente a los sistemas y datos que requieren para desarrollar sus funciones (por ejemplo no todos los usuarios tienen privilegios de administrador)? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 14. | ¿Se elimina siempre el acceso a éstos una vez acaban la relación laboral con usted? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 15. | ¿Se realiza un proceso anual de verificación y corrección de las autorizaciones de acceso a sus sistemas?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 16.  | En relación con los procesos de autenticación de usuarios, por favor seleccione todos los que apliquen: |  |
|  |  |  | contraseñas de al menos 8 caracteres, combinando al menos dos tipos de caracteres (ejemplo números y letras). | [ ]  |
|  |  |  | gestor de contraseña. | [ ]  |
|  |  |  | teclados virtuales. | [ ]  |
|  |  |  | doble o multi-factor de autenticación (**específicamente para el webmail y acceso remoto**). | [ ]  |
|  |  |  | otras:  |       |
|  |  |  |  |  |
|  | 17. | En relación con la segmentación de su red, ¿Aplica alguna de las siguientes para segmentar su red? |  |
|  |  |  | Dispongo de una DMZ. | Sí [ ]  No [ ]   |
|  |  |  | Las filiales o empresas del grupo a asegurar disponen de redes físicamente independientes.  | Sí [ ]  No [ ]   |
|  |  |  | El entorno IT está separado del entorno OT. | Sí [ ]  No [ ]   |
|  |  |  | La red separa usuarios internos de externos (clientes, similares, o proveedores). | Sí [ ]  No [ ]   |
|  |  |  | No dispongo de segmentación alguna. | Sí [ ]  No [ ]   |
|  | 18.  | ¿Confirma que dispone de cortafuegos (firewall) en los siguientes puntos y equipos?  |  |
|  |  |  | Todos los puntos de acceso a Internet. | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | Aplicaciones web (o ‘web application firewall’ por sus siglas en inglés). | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | Equipos de escritorio, laptops, y equipos similares.  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | Otros:  |       |
|  |  |  |
|  | 19. | Para entender mejor la segmentación de su sistema informático por favor descríbala a continuación: |
|  |  |       |
|  |  |  |
|  | 20. | En relación con sus proveedores de servicios o encargados de tratamiento de datos por favor conteste lo siguiente: |
|  |  |  | ¿Firma contratos con todos los encargados de tratamientos con acceso a datos sensibles, que incluyan cláusulas de cumplimiento de la normativa de protección de datos? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Se incluyen cláusulas de indemnización en los respectivos contratos? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Tiene procedimientos para evaluar o auditar los controles de seguridad de la información o protección de datos aplicados al servicio prestado? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Se incluyen en los contratos medidas mínimas de seguridad de la información a cumplir? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 21.  | Por favor cumplimente el siguiente cuadro en relación con los sistemas informáticos **más críticos para su negocio** (aquellos que en caso de indisponibilidad por más de 48 horas, le causarían una pérdida financiera, después de un ataque o fallo informático), por orden de importancia para sus ingresos: |
|  |  | **Nombre del sistema** | **¿Es un sistema en la nube?,** en caso afirmativo por favor indicar el tipo de proveedor de nube según los grupos abajo indicados.**(Grupo 1 : Amazon Web Services, Google, Oracle, Alibaba, SalesForce o Telefónica. Grupo 2: Otros)** | **¿Tardaría más de 12 horas en recuperar el acceso?** |
|  |  |       | Sí [ ]  No [ ]  (En caso afirmativo contestar lo siguiente)Grupo 1: [ ] Grupo 2: [ ]     (Indicar nombre)   | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |       | Sí [ ]  No [ ]  (En caso afirmativo contestar lo siguiente)Grupo 1: [ ] Grupo 2: [ ]      (Indicar nombre)  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |       | Sí [ ]  No [ ]  (En caso afirmativo contestar lo siguiente)Grupo 1: [ ] Grupo 2: [ ]   (Indicar nombre)     | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |       | Sí [ ]  No [ ]  (En caso afirmativo contestar lo siguiente)Grupo 1: [ ] Grupo 2: [ ]     (Indicar nombre)   | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  |  |
|  | 22.  | En relación con los sistemas informáticos críticos para su negocio antes indicados, ¿Se encuentran los mismos alojados en dos o mas regiones, zonas de disponibilidad o centros de datos separados al menos 350 kilometros entre cada uno de ellos? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 23. | En relación con su capacidad de detección y gestión de incidentes, incluidos los servicios contratados, por favor conteste lo siguiente: |
|  |  |  | ¿Existe un proceso de monitorización del tráfico entrante y saliente? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Cuánto tiempo (en días) mantiene los logs y alertas de seguridad de sus sistemas antes de su borrado? |  |
|  |  |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | ¿Tiene contratado un sistema de identificación y prevención de intrusos (IDS/IPS)? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Tiene contratado un servicio de protección contra ataques de Denegación de Servicio?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Realiza copias de los logs y eventos de seguridad que usted almacena? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | ¿Cuál de las siguientes opciones hace uso, o alguien en su nombre, para analizar los logs y para las alertas de seguridad?SIEM [ ]  SOC interno [ ]  SOC externo [ ]  Otros [ ]  Ninguna [ ]  |  |
|  | 24.  | ¿Realiza con terceros alguna auditoría o pruebas (por ejemplo Pentesting, Escaneo de vulnerabilidades) a sus sistemas informáticos al menos anualmente? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  | En caso afirmativo por favor indique lo siguiente: |
|  |  | Tipos de auditoríaso pruebas | Nombre del sistema o área | Fechas de las mismas |
|  |  |       |       |   /  /     |
|  |  |       |       |   /  /     |
|  |  |       |       |   /  /     |
|  |  |       |       |   /  /     |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | ¿Ha habido recomendaciones en las auditorías o pruebas? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, por favor conteste, ¿Han sido las mismas ya aplicadas? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 25. | ¿Tiene usted implementado, y probado al menos anualmente, un plan de contingencia (BCP) o uno de recuperación ante desastres (DRP) en caso de incidente en sus sistemas informáticos (por ejemplo ataque por un ransomware)? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  |  |
| **Reclamaciones e incidentes**  | 26. | ¿Tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia que pudieran dar lugar a una reclamación, incidente o la activación de alguna de las coberturas de la póliza que le ofrecemos?  | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 27. | ¿Ha sufrido en los últimos 24 meses alguna vulneración o destrucción de datos, acceso no autorizado, extorsión cibernética, interrupción o caída de sus sistemas, suplantación de identidad, cualquier otro incidente similar que haya dado lugar a una reclamación, procedimiento normativo o cualquier otra perdida que hayan representado más de **cinco mil euros** en pérdidas? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | *En caso de respuesta afirmativa por favor facilite una descripción detallada de los incidentes, fecha de los mismos, indicando sus consecuencias económicas y operativas, los archivos o componentes de su infraestructura tecnológica afectados, y especialmente, las medidas correctoras aplicadas.* |
|  |       |
|  |  |
|  | **Coberturas adicionales.** En caso de querer contratar algunas de las siguientes coberturas adicionales (**solo aplicable a empresas con menos de 250 millones de facturación**), por favor conteste a continuación a las preguntas indicadas:  |
| **Preguntas de Fraude Tecnológico (incluye Suplantación de Identidad):** |  |
|  | 1. | Indique por favor el importe promedio (o rango) de sus transacciones  |       € |
|  |  |  |  |
|  | 2. | ¿Se realiza algún procedimiento de verificación de antecedentes para los nuevos empleados (en aquellos casos en que existe una obligación legal de hacerlo)? | Sí [ ]  No [ ]  No tengo obligación legal [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 3. | ¿Se aplican, a nivel de dirección, controles para verificar que todos los pagos son legítimos? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 4. | ¿Confirma que para acceder a su banca online tiene habilitada, **además de su contraseña de acceso habitual**, al menos una de las siguientes formas de autenticación? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |  | Token (hardware o software); |  |
|  |  |  | contraseña de un solo uso (por ejemplo un mensaje de texto); |  |
|  |  |  | biométrica (por ejemplo huella digital o reconocimiento facial). |  |
|  | 5. | ¿Se requiere de dos o más personas para revisar y autorizar pagos, internos o externos, mayores a cinco mil euros? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 6. | En caso de solicitud de cambio de los números de cuenta u otros datos de beneficiarios, ¿Se verifica con la persona contacto que dicha solicitud de cambio es legítima mediante un medio distinto al que recibió la solicitud de cambio (por ejemplo se recibe por email y se verifica telefónicamente)? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 7. | ¿Cumple con las recomendaciones emitidas por su entidad financiera para el pago de transferencias y uso de su banca online? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  | 8. | ¿Verifica diariamente en sus cuentas bancarias que los movimientos de la misma (conciliación bancaria) hayan sido efectivamente realizados por usted? | Sí [ ]  No [ ]  |
|  |  |
| **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** | Hiscox es el nombre comercial de varias empresas pertenecientes a un mismo grupo empresarial. La empresa concreta que actúa como responsable de sus datos personales en este caso, es Hiscox SA, Sucursal en España. Recogemos y tratamos sus datos personales para poder ofrecer pólizas de seguros y gestionar reclamaciones. No elaboramos perfiles con sus datos personales, pero se utilizan procesos de toma automatizada de decisiones en renovación de pólizas de seguro. Estamos legitimados a tratar sus datos personales para dar pleno cumplimiento al propio contrato de seguro y a las obligaciones legales y administrativas que entraña. Sus datos personales se utiliza también con otros fines como la detección y prevención del fraude y la gestión financiera.Lo anterior supone que en ocasiones necesitemos compartir sus datos personales con terceros como mediadores de seguros, otros (re)aseguradores, peritos, agencias de referencia crediticia, proveedores de servicios informáticos, abogados, organismos reguladores o agencias de prevención del fraude, además de con otras empresas del grupo Hiscox para fines administrativos. Algunas de estas empresas podrían estar fueradel ámbito europeo, pero en tal caso, se toman medidas para garantizar la adecuada protección de sus datos. Usted tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos. Asimismo, puede ejercitar el resto de derechos garantizados por la normativa europea y española.  |
|  | Para información más detallada sobre el uso de sus datos personales, por favor, lea nuestra política de privacidad completa en www.hiscox.es/informacion-sobre-proteccion-de-datos. Si tiene alguna duda al respecto, puede contactar con nosotros en el teléfono + 34 915 15 99 00, por correo postal a la dirección: Hiscox SA, Sucursal en España, c/ Miguel Ángel 11, 4º Planta 28010, o por correo electrónico con nuestro delegado de protección de datos en la dirección dataprotectionofficer@hiscox.com. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Declaración** | Declaro/Declaramos que (a) esta solicitud de seguro ha sido completada 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 del tomador** |  | **Fecha** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Una copia de esta solicitud de seguro debería quedarse en su poder.** |