|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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, **tomando en cuenta sus filiales y los servicios que externalice**, y en caso de respuesta parcial, negativa o de próxima aplicación, por favor facilite detalles. | | | | |
| **Información general** | Nombre del tomador: | | |  | | |
|  |  | | | | | |
|  | CIF: | | |  | | |
|  |  | | | | | |
|  | Domicilio: | | |  | | |
|  |  | | | | | |
|  | Página web: | | |  | | |
|  |  | | | | | |
|  | Email: | | |  | | |
|  |  | | | | | |
|  | Años de actividad: | | |  | | |
|  |  | | | | | |
|  | Facturación del tomador y sus filiales: | | | Si supera más de 100 millones por favor cumplimente el cuestionario que puede descargar [aquí](https://www.hiscox.es/sites/www.hiscoxspain.com/files/Hiscox%20CyberClear%20360%20cuestionario%20%2B100M.docx). | | |
|  |  | | |  | | |
|  | Número total de empleados, incluyendo filiales: | | |  | | |
|  |  | | |  | | |
|  | Por favor detalle las actividades de su negocio (incluya las de  sus filiales): | | |  | | |
|  |  |  | | |  | |
| **A.** | 1. | ¿Confirma que la actividad de su negocio **no** incluye ninguna de  las siguientes? | | | Sí  No | |
|  |  |  | Servicio de pasarela de pagos (cuando le presta este servicio  a terceros). | |  | |
|  |  | Compañías de seguros o corredurías de seguros. | |  | |
|  |  |  | Entidades supervisadas por la CNMV o el Banco de España,  y cualquier otra institución financiera. | |  | |
|  |  |  | Juegos de azar y apuestas. | |  | |
|  |  |  | Entidades de la Administración Pública. | |  | |
|  |  |  | Producción, distribución, publicidad o transmisión de  contenidos pornográficos. | |  | |
|  |  |  | Redes sociales de cualquier tipo. | |  | |
|  |  |  | Suministro de gas, electricidad, o agua; | |  | |
|  |  |  | Las relacionadas con aeropuertos o puertos (no deportivos). | |  | |
|  |  |  | Actividades políticas. | |  | |
|  |  |  | Hosting, data center, servicios en la nube o gestionados de TI. | |  | |
|  |  |  | Proveedores de Internet o de telecomunicaciones. | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  | 2. | ¿Es el número de personas físicas de quien usted, o alguien en su nombre, procesa, almacena o transfiere **datos sensibles\*** menor  a 250.000 (o 50.000 en caso de ofrecer servicios de salud)?  **\*Datos sensibles** se entienden como: | | | Sí  No | |
|  |  |  | 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, salud, genética, biométrica, de convicciones religiosas o filosóficas, opiniones o afiliaciones políticas o sindicales. |  |
|  | 3. | En relación con sus programas y sistemas informáticos 1) ¿Confirma que **no** hace uso de alguno sin soporte del fabricante (por ejemplo Windows 7 o XP), y 2) que los mismos, incluyendo el antivirus, se actualizan máximo 30 días después del lanzamiento de la actualización? | | Sí  No |
|  |  |  | |  |
|  | 4. | En relación con sus copias de seguridad, ¿Confirma que usted, o alguien en su nombre, realiza o cumple con los puntos abajo indicados? | |  |
|  |  |  | Todas sus copias se actualizan al menos cada 7 días. | Sí  No |
|  |  |  | Realiza copias de **todos sus sistemas e información crítica** para su negocio. | Sí  No |
|  |  |  | Disp Dispone de dos copias, y al menos una de ellas está **desconectada** de sus sistemas, tanto en el curso habitual de su actividad, como durante la realización de la copia. | Sí  No |
|  |  |  | ¿Hace uso de los siguientes sistemas de copias de seguridad en la nube (**Microsoft OneDrive, Microsoft Servicios de Recuperación de Microsoft Azure, Google Drive, o ICloud)**? | Sí  No |
|  |  |  | |  |
| **Reclamaciones e incidentes** | 5. | ¿Ha sufrido en los últimos 24 meses alguna vulneración o destrucción de datos, fallo de seguridad (incluyendo acceso de personas no autorizadas a sus sistemas), extorsión cibernética, interrupción o caída de sus sistemas, suplantación de identidad o cualquier otro incidente o fraude similar que haya dado lugar a una reclamación, procedimiento normativo o cualquier otra perdida que hayan representado más de 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. | | |
|  |  |  | | |
|  |  | **EN CASO DE NO SUPERAR 5 MILLONES DE INGRESOS CONSOLIDADOS Y SIEMPRE Y CUANDO HAYA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA 2, NO ES NECESARIO SEGUIR CONTESTANDO.** | | |
|  |  |  | |  |
| **B.** | 6. | ¿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), y siempre se elimina el acceso a éstos una vez acaban la relación laboral con usted? | | Sí  No |
|  | 7. | ¿Confirma que **no** hace uso de sistemas correo electrónico web (por ejemplo GSuite y Office 365), o en caso de usarlos que tiene activado para todos sus empleados, la ‘verificación de dos pasos’ / ‘doble factor  de autenticación’? | | Sí  No |
|  | 8. | ¿Confirma que **no** dispone de filiales fuera del Espacio Económico Europeo o Reino Unido y que sus ventas a EE.UU. de América no representen más del 20% del total de sus ventas?. | | Sí  No |
|  |  | **EN CASO DE NO SUPERAR 25 MILLONES DE INGRESOS CONSOLIDADOS Y SIEMPRE Y CUANDO HAYA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA 2, NO ES NECESARIO SEGUIR CONTESTANDO.** | |  |
|  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **C.** | 9. | Confirme por favor, si usted o alguien en su nombre, aplica 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 |
|  | 10. | ¿Dispone de un procedimiento de restauración de copias de seguridad que es probado anualmente? | | Sí  No |
|  | 11. | ¿Confirma que **no** vende productos y/o servicios online, o en caso de hacerlo que la facturación por dicha venta no supera el 20% de su facturación consolidada? | | Sí  No |
|  | 12. | ¿Se realiza un proceso anual de verificación y corrección de las autorizaciones de acceso a sus sistemas? | | Sí  No |
|  | 13. | ¿Confirma que dispone de cortafuegos (firewall) en los siguientes puntos y equipos? | |  |
|  |  |  | Todos los puntos de acceso a Internet. | Sí  No |
|  |  |  | Todos los equipos informáticos. | Sí  No |
|  |  |  | Aplicaciones web (o ‘web application firewall’). | Sí  No |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
| **Reclamaciones e incidentes** |  | | | |
|  |  | | | |
| **Coberturas adicionales** | En caso de querer contratar algunas de las siguientes coberturas adicionales, por favor conteste a continuación a las preguntas indicadas: | | | |
|  | **Suplantación de Identidad:** | | |  |
|  | 1. | ¿se requiere de dos o más personas para revisar y autorizar pagos internos o externos mayores a cinco mil Euros? | | Sí  No |
|  | 2. | en caso de solicitud de cambio de los números de cuenta, ¿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 reciba por email y se verifica telefónicamente)? | | Sí  No |
|  | 3. | ¿confirma que para acceder a su banca online da uso, **además de su contraseña de acceso habitual**, de 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). |  |
|  | 4. | ¿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 fuera del 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, 4ª planta 28010 Madrid, 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.** | | | | | | |