

Cuestionario de Responsabilidad Civil General y Profesional para TRANSITARIOS

Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario

Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante.

Es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.

Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda de que constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su corredor de seguros o asegurador.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formara parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.

EXSEL UNDERWRITING AGENCY S. L.
C/ Velázquez, 46, Escalera A, 3ro Derecha
28001, Madrid

Teléfono: +902 945 156

Correo electrónico: pilar.palmero@exsel.net
lvonnegarcia.exsel@gmail.com

1. Datos generales

Nombre Sociedad/ Tomador de la póliza:.....
Name /Policy holder

C. I. F/N. I.F..... Teléfono:

Domicilio.....
Address

Ciudad: C.P.:
City Postal Code

1.1 Tiene Seguro de Responsabilidad Civil contratado con otra Aseguradora?

Are you insured by another Insurance Company?

1.2 ¿Tiene póliza de transporte, en particular de transporte marítimo?

Is there a Marine Cargo policy in Place?

1.3 Usted o el principal, socio, o director del Asegurado han tenido que liquidar sus activos, entrado en concurso de acreedores, ha estado en quiebra o han tenido problemas con la justicia:

Have you or has any principal, partner or director of the proposer ever entered into liquidation, become insolvent or bankrupt or committed any act of bankruptcy or committed a criminal offence?

.....

Si su respuesta es afirmativa, por favor explique (adjunte una hoja separada si es necesario)

.....
.....
.....

1.4 Fecha de inicio de la actividad:

Date when business started

1.5 ¿Alguna compañía subsidiaria estará cubierta bajo esta póliza? Si es así por favor proporcione todos los detalles. Are any Subsidiary Companies to be covered hereunder? If so please provide full details.

.....
.....

1.6 No. de empleados:

No. of Employees

1.7 Indicar si existe esta tiene algún Certificado de Calidad y/o es usted miembro de alguna asociación profesional o de comercio: Please indicate if you have any Quality Certificate and/or are you a member of a professional or trade association:

.....

2. ACTIVIDAD

Activity

Descripción de la actividad que desarrolla la empresa solicitante, como intermediaria desglosando la facturación anual en función del porcentaje:

Description of the activity developed by the applicant company, as an intermediary breaking down the annual gross turnover percentage:

	Últimos 12 meses	Próximos 12 meses		Últimos 12 meses	Próximos 12 meses
Transporte Carretera (Motorway)	%	%	Transporte Aéreo (Air)	%	%
Transp. Ferrocarril (Railway)	%	%	Almacenaje (Storage)	%	%
Transp. Marítimo (Maritime)	%	%	Consolidación (Consolidation)	%	%
Transp. Fluvial (River Transportation)	%	%	Aduanas (Customs)	%	%

3. INGRESOS BRUTOS ANUALES (EXCLUYENDO ARANCELES E IMPUESTOS)

Gross annual income (excluding duties and taxes)

Indicar el volumen de facturación bruta (estimada) una vez excluidos aranceles e impuestos de los próximos doce meses

Indicate the volume of gross turnover for the next twelve months (estimated) once duties and taxes are excluded

Del año actual
Current year

EUROS.....

3. Tipo de operativa de la Empresa

Operations conditions of the Company

- ¿Opera como transitaria/ N.V.O.C.C? SI NO

Do you operate as a Freight Forwarding Company /

- ¿Opera como agente, como principal o como ambas cosas? Marcar con una X
Do you operate as an agent, as a principal or as both?

Agente	<input type="checkbox"/>
Principal	<input type="checkbox"/>
Agente y Principal	<input type="checkbox"/>

- ¿Si usted opera como agente, tiene usted póliza de Transitarios con otra compañía?
If you operate as an agent, are covered under a Freight Forwarders policy elsewhere?

SI NO

- ¿Emite sus propios conocimientos de embarque? SI NO
Do you issue your own documents for embarking?

En caso afirmativo, ¿opera bajo condiciones estándar de contratación (FIATA, C.M.R, COGSA, etc.) y/o contratos específicos?

If so, do you provide under standard conditions of hiring (FIATA, C.M.R, COGSA, etc.) or specific contracts?

SI NO

-En caso negativo, se deberá adjuntar el modelo de condiciones de contratación bajo el que se desarrolla la actividad.

If not, please attach a model of terms and conditions under which the activity is carried out.

- ¿Opera como agente de aduanas?
Do you operate as a customs agent?

SI NO

- Indicar porcentualmente, si es posible, los tipos de Conocimientos de Embarque que se emiten "Puerta a Puerta" y "Puerto a Puerto".

Indicate percentage, if possible, of the types of Bill of Landing issued "Door to door" and "Port to Port".

- ¿Efectúa Consolidación y Desconsolidación de Mercancías?
Do you consolidate and desconsolidate goods?

SI NO

ÁREA DE OPERACIÓN DE LA EMPRESA (Company's Operations Areas)

QUEDAN EXCLUIDAS LAS ACTIVIDADES CON LOS PAISES QUE VIOLAN SANCIONES IMPUESTAS O AUTORIZADAS POR LA ONU O POR LA UE, O QUE ROMPAN EL BLOQUEO

Esta Póliza no cubre los servicios estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza prestados por cuenta del Asegurado por los subcontratistas o agentes del Asegurado en los siguientes países o regiones, salvo que los Aseguradores hayan dado su consentimiento por escrito.

Por favor indicar si Uds o sus Subcontratados tienen actividad con los siguientes países:

Abkhazia	
Afganistán	
Angola	
Armenia	
Azerbaiján	
Bielorrusia	
Burundi	
Camboya	
Colombia	
Corea del Norte	
Eritrea	
Etiopía	
Georgia	
Guinea-Bissau	
Haiti	
Irak	
Irán	
Kazajstán	
Laos	
Líbano	

Liberia	
Macedonia	
R. de Moldava	
Nigeria	
Malawi	
Paraguay	
RA Siria	
RD Congo (antes Zaire)	
Ruanda	
Sierra Leone	
Yemen	
Uzbekistán	
Uganda	
Ucrania	
Turkmenistán	
Tayikistán	
Sudán	
Somalia	
Zambia	

Por favor indique el porcentaje de actividad en cada región y método de transporte.

Region	Carretera (Road)	Ferrocarril (Railway)	Contenedores Marítimos (Sea Containers)	No Contenedores Marítimos (Non-Sea Container)	Aéreo (Air)
Europa (UE)					
Europa (no UE)					
USA/ Canadá					
México					
América Central y/o Sudamérica					
Oriente Medio					
Africa					
Extremo Oriente					
China					
Australia					
Otros					

MERCANCÍAS TRANSPORTADAS

Indicar los porcentajes de tráfico de la Empresa con los siguientes tipos/ categorías de carga:

Please indicate the % of Company traffic with the different types /Categories of cargo:

CONTAINERIZADA (Containers)	%	ORDENADORES Y EQUIPOS DE HARDWARE O SOFTWARE (Computers, Hardware, Software)	%
GRANELES (Bulk)	%	PROYECTOS ESPECIALES (Special Projects)	%
TABACO/ CIGARRILLOS (Tobacco)	%	REFRIGERADA (Refrigerated)	%
LICORES (Liquors)	%	PERECEDEROS (Perishable)	%

QUIMICOS O CRUDOS (Chemicals or Raw)	%	CISTERNAS (tanker lorry)	%
OTROS (Others)	%	EFFECTOS PERSONALES (Personal Chattels)	%

QUEDA EXCLUIDA CUALQUIER RECLAMACIÓN RELATIVA A LOS DAÑOS QUE SUFRAN LOS BIENES PERECEDEROS.

5. SINIESTRALIDAD

Claims

Indicar si ha habido siniestros y/o reclamaciones durante los últimos 5 años: SI NO

Please indicate if your Company has had claims in the past 5 years

En caso afirmativo completar el siguiente cuadro:

If your response was yes, please fill out the box below.

FECHA DEL SINIESTRO / NOTIFICACIÓN	RESUMEN DEL SINIESTRO	CANTIDAD TOTAL

INFORMACIÓN PREVIA

De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

1. Que el contrato de seguro se celebrará con ciertos Sindicatos de LLOYD'S, entidad domiciliada en 1 Lime Street EC3M 7HA, Londres, Inglaterra (Reino Unido). LLOYD'S es una Asociación de Suscriptores constituida por Ley Parlamentaria. Los Aseguradores serán los Sindicatos de LLOYD'S mencionados en el contrato de seguro. "Lloyd's Sucursal en España" está domiciliada en C/ José Ortega y Gasset, 7, Edificio Serrano 49, 1ª planta, 28006 Madrid, España.
2. Que el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y que, dentro de dicho Estado, la autoridad a quien corresponde dicho control es la "Financial Services Authority", con domicilio en 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6/2004 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Ley 30/1995 de 8 de noviembre (en lo que resulte de aplicación y esté en vigor) y demás normativa española de desarrollo y/o complemento.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACIÓN

Cualquier Siniestro o Reclamación podrá dirigirse por escrito al Corredor de la póliza que aparece en las Condiciones Particulares, quien, a su vez, lo notificará a la Agencia de Suscripción:

Exsel Underwriting Agency, S.L.
c/ Velázquez 46, Escalera A, 3ro Derecha
28001, Madrid
Teléfono: +34 93 183 7920
Correo electrónico: pilar.palmero@exsel.net

En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Lloyd's Sucursal en España
Apoderado General para España ("Lloyd's Iberia Representative, SLU").
C/ José Ortega y Gasset, 7
Edificio Serrano 49, 1ª planta
28006 Madrid
Tel: 914 262312 Fax: 914 262394

Igualmente, Ud. podrá dirigir su queja o reclamación en primer lugar o si no estuviera satisfecho con la manera en que su reclamación ha sido tramitada en España, al:

Departamento de Asistencia al Tomador y al Mercado (Policyholder & Market Assistance),
Lloyd's Market Services
1 Lime Street
Londres
EC3M 7HA
Tel: 020 7327 5693 Fax: 020 7327 5225 e-mail: complaints@lloyds.com

INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACIÓN

1. En caso de disputa, podrá Ud. reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio. Cualquier emplazamiento o notificación como consecuencia del ejercicio de acciones judiciales en relación con el presente contrato de seguro se entenderá correctamente realizado si se dirige a **los Aseguradores** en la siguiente dirección:

Lloyd's Sucursal en España
Apoderado General para España ("Lloyd's Iberia Representative, SLU").
C/ José Ortega y Gasset, 7
Edificio Serrano 49, 1ª planta
28006 Madrid

con poder suficiente para aceptar cualquier notificación en su nombre. Se entiende que dicho domicilio solo presta servicios de apoyo, información y emplazamientos.

Con independencia de dicha facultad, los Aseguradores no renuncian a cualquier aplazamiento o término especial al que pudieran tener derecho por la notificación de cualquier demanda, emplazamiento o procedimiento por razón de su residencia o domicilio en Inglaterra.

2. Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

3. Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios podrán reclamar ante la Dirección General de Seguros (*Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participante en Planes de Pensiones*) si consideran que la entidad aseguradora ha realizado prácticas abusivas o ha lesionado los derechos derivados del contrato de seguros. De la misma manera, Ud. puede dirigir su reclamación al *Financial Ombudsman Service* en el Reino Unido.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Por medio de la presente, se le informa de que los datos personales del tomador/asegurado facilitados se incorporarán a un fichero titularidad de BRIT SYNDICATES LIMITED, gestor del Sindicato 2987 de LLOYD'S, quien los tratará de acuerdo con los términos de la Ley inglesa de Protección de Datos (UK Data Protection Act 1998), al

objeto de la suscripción, celebración y gestión de contratos de seguros y, en especial, para la prestación de servicios, tramitación de propuestas, tramitación de reclamaciones y pago de prestaciones.

Exsel UnderWriting Agency SL, actuando en su condición de agencia de suscripción, tratará los datos relativos al tomador/asegurado por cuenta del Asegurador, de acuerdo con la ley inglesa de protección de datos en 1998 y únicamente para los fines previstos en su autorización para contratar "Binding authority" número A110942 otorgada por ciertos Sindicatos de Lloyd's.

Declaración

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas.

Además el abajo firmante declara que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad para actuar como su agente con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a este cuestionario y a la Póliza.

El abajo firmante se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en el presente cuestionario.

La firma de este cuestionario no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.

Se acuerda que este cuestionario, junto con cualquier otra información facilitada se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de seguro.

Firmado Cargo

Sociedad Fecha (día, mes, año)

- * **Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten con su Corredor de Seguros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.**