

## **Cuestionario de Responsabilidad Civil General**

General Liability

### **Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario**

Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil general 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 general 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: 91 154 22 69

Correo electrónico: [alvarosf@exsel.net](mailto:alvarosf@exsel.net)



**3. ¿FORMA PARTE DE ALGUNA ASOCIACIÓN EMPRESARIAL?**

(Do you belong to any business association?):

- SI  
 NO

En caso afirmativo, indique cuál: (If yes, please give details):

---

---

**4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** (Description of the business of the Company):

Describa por favor con detalle y exactitud cuál es el tipo de actividad para la cual es requerida la cobertura:

(Please describe in detail what the activity subject to coverage is):

**5. NÚMERO DE EMPLEADOS** (Number of employees):**6. ¿EJECUTA TRABAJOS DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN O MANTENIMIENTO EN RECINTOS PROPIEDAD DE TERCERAS PARTES?**

(Do you carry out installation, repair or maintenance works in premises owned by third parties?)

- SI  
 NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción de éstas:

(If yes, please give a description of these premises)

---

---

---



---



---

**7. ¿PRESTA SERVICIOS A TERCEROS RELATIVOS AL DISEÑO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA FABRICACIÓN Y/O MONTAJE POR PARTE DE LOS MISMOS DE CUALQUIER TIPO DE PRODUCTO?**

(Do you provide services relating to the design and technical assistance for the construction and/or assembly of any product to third parties?)

SI

NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción de éstos:  
(If yes, please give a description):

---



---



---



---

**8. ¿REALIZA TRABAJOS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL?**

(Do you perform works outside the national territory?)

SI

NO

En caso afirmativo describa los mismos, señale el país en que se realizan e indique el porcentaje de facturación que representan estos trabajos en relación con la facturación total.

(If yes, please give details regarding these works, the country where they are performed and the turnover percentage that these works represent in relation to the total turnover):

---



---



---



---

**9. SEÑALE LAS CERTIFICACIONES RELATIVAS A ESTÁNDARES DE CALIDAD CONFORME A LAS CUALES DESARROLLA SU ACTIVIDAD, (normas ISO, UNE, etc).**

Please provide details regarding quality standard certifications according to which the Insured is developing his/her activity, (ISO, UNE., etc):

---



---



---



---

**10. ¿SUBCONTRATA SU EMPRESA TRABAJOS?** (Does the Insured subcontract works?)

SI

NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción del tipo de trabajos subcontratados:  
 (If yes please give details about the kind of subcontracted works):

---



---



---



---

Indique el porcentaje que representan los trabajos subcontratados en relación al volumen defacturación:  
 (Please specify the percentage that subcontracted works represent in relation to total turnover):

\_\_\_\_\_ %

¿Exige su empresa póliza de seguro a las empresas subcontratadas?  
 (Does the Company demand an Insurance Policy to subcontracted third parties?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el importe mínimo de la suma asegurada y coberturas exigidas:  
 (If yes, please give details about the minimum limit of indemnity and required coverages):

---



---



---



---

**11. DATOS DE FACTURACIÓN** (Turnover details):

a. Año anterior (Previous year):

	EUROS
--	-------

b. Estimación año actual (Current year's estimation):

	EUROS
--	-------

Indique el porcentaje que cada una de las siguientes actividades ha representado en el volumen de facturación anual de todas las entidades que tengan consideración de Asegurados en la Póliza:  
 (Please report the percentage that each of the following activities have represented in the annual turnover of all entities that are covered under the Policy):

<b>Tipo de Servicio y País</b> (Type of service and Country)	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b> (Estimada)
<b>Ventas</b> (sales)			
<b>Montajes, instalaciones</b> (Assembly, installation)			
<b>Reparación y mantenimiento</b> (Repair and maintenance)			
<b>Otros ingresos:</b> (Other income)			
<b>Facturación Total</b> (Total Turnover)			

**12. PROPORCIONES LA RELACIÓN DE INMUEBLES E INSTALACIONES UTILIZADAS POR EL ASEGURADO.**

(Please give details of all buildings and facilities used by the Insured)

<b>Inmueble</b> (Property)	<b>Antigüedad</b> (Age)	<b>Superficie</b> (Area)	<b>Vigilancia</b> (Vigilance)	<b>Medidas de Protección</b> (Protection measures)

**13. Facilite una breve descripción de las edificaciones o terrenos colindantes a los citados inmuebles, indicando tanto el uso de los mismos como la distancia aproximada que dista entre ellos.**

(Please give a brief description of the buildings or land adjacent to these properties as well as the use of the same and the approximate distance between them):

<b>Inmueble</b> (Property)	<b>Propiedades y terrenos colindantes</b> (Buildings and lands adjacent)

**¿Tiene el Asegurado inmuebles o instalaciones fuera del territorio nacional?**

(Is the Insured owner of any property or facilities outside the national territory?)

SI

NO

En caso afirmativo, describa los mismos y especifique el país en donde se encuentran localizados cada uno de ellos:

(If yes, please give details specifying the country where each one of these are located)

---



---



---



---

**14. SEGURO PREVIO:**

(Previous Insurance coverage)

**a) ¿Cuenta la Compañía actualmente con un seguro de Responsabilidad Civil General en vigor?**

(Does the Company currently have a General Liability insurance coverage?)

SI

NO

En caso afirmativo, por favor aporte información (límites, franquicias, asegurador, fecha de vencimiento y número de años consecutivos en que ha estado asegurada la firma):

(If yes, please give the details on the following: limits, excess, insurer, expiry date, consecutive years insured)

- Compañía Aseguradora actual:  
(Current Insurer)

- Límite de indemnización:  
(Indemnity Limit)

- Prima anual:  
(Annual premium)

- Fecha de renovación:  
(Renewal Date)

**b) ¿Alguna vez algún Asegurador ha rehusado ofrecerle seguro o le ha cancelado alguna póliza?: (en caso afirmativo aporte información)**

(Has any Insurer ever declined coverage to the firm or cancelled a policy? If yes, please give details)

SI

NO

**15. DATOS DEL SEGURO:**

(Insurance data):

**a. ¿Qué límites de indemnización solicita?**

(What Indemnity limit would you want to ask for?)

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 150.000 €   | <input type="checkbox"/> 300.000 €   |
| <input type="checkbox"/> 600.000 €   | <input type="checkbox"/> 1.200.000 € |
| <input type="checkbox"/> 1.500.000 € | <input type="checkbox"/> 2.000.000 € |
| <input type="checkbox"/> 3.000.000 € | Otros <input type="text"/>           |

**b. ¿Qué franquicia desea que se le aplique?**

(What excess would you like to apply?)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1.500 € | <input type="checkbox"/> 3.000 €                    |
| <input type="checkbox"/> 6.000 € | <input type="checkbox"/> Otros <input type="text"/> |

**16. RECLAMACIONES E INCIDENCIAS:** (Claims and incidents)

Es importante que antes de contestar a estas preguntas se hayan realizado las averiguaciones pertinentes entre las personas propuestas para ser aseguradas bajo este seguro.

(It is very important to make the convenient enquires on the prospect insureds that will be covered under this policy before answering the following questions).

**a) ¿Ha habido alguna reclamación, durante los últimos 5 años en relación con la responsabilidad que se pretende asegurar?**

Has any claim(s) been made, during the last 5 years with respect to the liability to be insured under this policy?

- SI
- NO

En caso afirmativo por favor aporte información completa describiendo las mismas, su fecha y



cantidades:

(If yes, a full answer must be given, including dates, amounts involved and brief details on the nature of the claim.)

Naturaleza de la reclamación (Nature of claim)	Estado (pendiente / cerrada) (Status)	Fechas (Dates)	Cantidades (Amounts)

**b) ¿Tiene conocimiento alguna persona de la empresa, tras haber realizado una indagación completa, de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación por responsabilidad civil profesional contra la compañía, sus directores o empleados o sus predecesores en la misma?**

(After full enquiry, is any person from the firm aware of any circumstance(s) which may give rise to a professional liability claim against the Firm, any predecessor of the business, any past or present Director or Employee?)

SI

NO

En caso afirmativo, por favor, aporte información detallada y cantidades si fueran conocidas:

(If yes, and known, please give details: circumstance(s) and amount(s))

**17. ¿EXISTE ALGUNA OTRA INFORMACIÓN MATERIAL QUE DEBA SER APORTADA AL ASEGURADOR?**

(Are there any other Material facts which ought to be disclosed to Insurers?)

SI

NO

## RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL POR PRODUCTOS

(Products General Liability)

**1. Describa los productos que suministre a terceros, indicando su actuación, (fabricante, distribuidor, importador, transportista, etc):**

(Please describe products supplied to third parties, indicating your role, (manufacturer, distributor, importer, carrier, etc):

---



---



---

**2. Señale los terceros a los que suministre sus productos, (consumidor final, proveedores para otras industrias, etc).**

(Please give details regarding third parties to who you supply products to):

---



---



---

**3. ¿Cuenta el Asegurado con certificaciones que acrediten que el desarrollo de su actividad se lleva a cabo conforme a los estándares de calidad?**

(Does the Insured have any certificate accrediting that its activity is held in accordance with the standards of quality?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique las certificaciones:

(If yes, please indicate the certifications):

---



---



---

**4. ¿Realiza el Asegurado controles internos de calidad de materias primas?**

(Does the Insured carry out internal quality controls of the raw materials?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el tipo de controles:

(If yes, give details regarding these controls):

---



---



---

**5. ¿Realiza el Asegurado controles internos sobre los procesos de fabricación?**

(Please confirm whether the Insured carries out internal controls of manufacturing processes)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el tipo de controles:

(If yes, give details regarding these controls):

---



---



---



---

**6. En caso de suministrar productos fuera del territorio nacional, por favor indique los siguientes datos:**

(In case of supplying products outside national territory please provide the following details):

- a) Volumen de facturación correspondiente a las exportaciones en relación a la facturación total. (Percentage turnover corresponding to exports relative to total turnover).

\_\_\_\_\_ %

- b) Desglose el dato de facturación anterior en función de las siguientes zonas geográficas: (Breakdown above data according to the following geographical áreas):

Unión Europea: (European Union) \_\_\_\_\_ %

África: (Africa) \_\_\_\_\_ %

Asia: (Asia) \_\_\_\_\_ %

Australia: (Australia) \_\_\_\_\_ %

EE.UU/Canadá: (USA/Canada) \_\_\_\_\_ %

**INFORMACIÓN PREVIA**

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 20/2015 de 14 de julio y el Real Decreto 1060/2015 de 20 de Noviembre, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

1. Que el contrato de seguro se celebra con ciertos suscriptores de Lloyd's, con domicilio en 1 Lime Street, Londres, EC3M 7HA, Reino Unido. Lloyd's es una sociedad de miembros suscriptores constituida por ley. El asegurador será el miembro(s) del/los Sindicatos de Lloyd's mencionado(s) en el contrato de seguro. Lloyd's Iberia Representative SLU está domiciliada en Calle Pinar 7, 1º Derecha, 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 Prudential Regulation Authority, con domicilio en 20 Moorgate, Londres, EC2R 6DA, Reino Unido.
3. A menos que se indique otra cosa en el contrato de seguro, la legislación aplicable al presente contrato es la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, la Ley 20/2015 de 14 de julio, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre y demás normativa española de desarrollo y/o

complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

## **INSTANCIAS DE GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES**

### **INSTANCIAS INTERNAS**

Cualquier queja o reclamación debe dirigirse en primer lugar a:

Exsel Underwriting Agency  
Ivonne García – Ivonne.garcia@exsel.net  
Calle Velázquez 46, 3ero Derecha  
28001 Madrid, España  
Tel: 91 154 2269

El Gestor del sindicato de Lloyd's o la entidad designada para gestionar la queja/reclamación en su nombre, acusarán recibo de la misma por escrito.

El Gestor del sindicato de Lloyd's o la entidad designada para gestionar la queja/reclamación en su nombre, tendrá como objetivo notificarle su decisión sobre la queja/reclamación, por escrito dentro de los dos meses siguientes a su presentación.

### **INSTANCIAS EXTERNAS**

En caso de continuar insatisfecho con la respuesta final recibida o si no hubiera recibido respuesta final en los dos meses siguientes a la presentación de la queja o reclamación, Ud. podrá someter voluntariamente su disputa a decisión arbitral en los términos de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y 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.

Ud. podría estar legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros en España. Los datos de contacto son:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones  
Paseo de la Castellana, 44,  
28046 Madrid  
España  
Tel: 902 19 11 11  
<http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp>

Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos que le asisten por ley.

Ud. podrá reclamar, en virtud del artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

## **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 ciertos Sindicato 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" otorgada por ciertos Sindicatos de Lloyd's (indicados en nuestras páginas web [www.exseluwa.com](http://www.exseluwa.com)). Ud. Puede conocer la política de privacidad del mercado de LLOYDS en [www.lloyds.com](http://www.lloyds.com)

**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.