

CUESTIONARIO DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR PROTECCIÓN DE DATOS PARA PYMES

La firma de esta declaración, no se considerará vinculante para el solicitante ni para el asegurador, para la contratación del seguro, pero sí se considerará la base de datos para emitir la póliza los suscriptores, incorporándose esta declaración a la póliza.

Todas las preguntas deben ser contestadas. Escriba a máquina o con letra de imprenta.

Cualquier Póliza emitida tendrá cobertura "Claims Made". La Póliza sólo responderá a las reclamaciones y / o circunstancias, hechas en contra del Asegurado y notificada al Asegurador durante la vigencia de la póliza. La Póliza no dará cobertura a:

- Eventos que hayan tenido lugar antes de la fecha de retroactividad de la póliza (si se especifica una).
- Las reclamaciones efectuadas después del vencimiento de la póliza, aunque el hecho, objeto de la reclamación, haya tenido lugar durante el periodo de vigencia de la póliza.
- Hechos o circunstancias conocidas por el Asegurado, con anterioridad a la vigencia de la póliza, de los cuales el asegurado sabía que potencialmente podrían ser objeto de reclamación bajo la póliza o reclamaciones notificadas que se deriven de hechos o circunstancias ocurridas durante el período de vigencia de cualquier Póliza anterior.

1 a) Por favor, indique el nombre y la dirección de la(s) compañía (s) para quien se solicita el mismo

Nombre de la Empresa: _____

Dirección: _____

_____ CIF:

b) Proporcione una descripción completa de las actividades de su negocio:

2 a) Indique el número de operadores que participan en el procesamiento de datos regidos por la legislación:

b) Facturación del último año _____

3 a) Tiene o gestiona ficheros de Riesgo Alto? _____

CONFIRMAMOS QUE

	Sí	No
a) Tengo procedimientos para el proceso de datos personales que cumplen con la ley	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dispongo de procedimientos que permiten a las personas el derecho al acceso de sus datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Yo verifico que las empresas de terceros, con las que trabajo y que procesan datos personales de los que soy responsable, cumplen con la ley del tratamiento de datos personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Cuando estamos obligados a tener una auditoría de protección de datos, todas las recomendaciones que se nos hacen en la misma las implementamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna solicitud de un Seguro de Responsabilidad Civil de Protección de Datos ha sido rechazada o cualquier póliza de este tipo de seguro ha sido cancelada por una aseguradora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después de hacer las oportunas averiguaciones, ningún tipo de Reclamación ha sido formulada en contra de la persona y o compañía/filial que se pretende incluir en este seguro. En caso de que haya habido siniestros o reclamaciones adjuntar una hoja anexa con el detalle de los mismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después de hacer las oportunas investigaciones, el solicitante o cualquiera de sus filiales o cualquier otra persona que se pretenda incluir en este seguro, es consciente de cualquier acto de negligencia, error u omisión o cualquier otra circunstancia, hecho o situación que pueda razonablemente dar lugar a una reclamación en contra del solicitante o cualquier filial o cualquier otra persona que se pretenda incluir en esta póliza. En caso de que haya circunstancias o hechos relevantes que pudieran dar lugar a un siniestro por favor incluirlos en hoja anexa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después de investigar, NI el solicitante, NI sus filiales, NI personas que se pretenda incluir:		
Ha recibido órdenes por parte de la Agencia de Protección de Datos para cesar o desistir en algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se le ha impuesto alguna sanción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido alguna investigación reglamentaria instigada en contra de Uds.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el caso de que en estas últimas tres preguntas ha contestado que sí, por favor explicar los hechos en una hoja anexa.		

Dar testimonio falso o no declarar cualquier hecho relevante por el solicitante hará que cualquier Póliza emitida sea nula y quede sin efecto y liberará a los Suscriptores de cualquier responsabilidad con relación con esta póliza.

Declaro que los datos y pormenores redactados en esta declaración de hechos son verdaderos y que no he falseado u omitido cualquier hecho relevante.

El Asegurado se compromete a que en el caso de que haya algún cambio material en las declaraciones contenidas en este documento, antes de la fecha de efecto de la póliza, se notificará a los Suscriptores para que las cotizaciones realizadas puedan ser modificadas o retiradas.

Esta Declaración debe ser firmada por un representante autorizado del solicitante.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Sello empresa: _____