

# **Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Arquitectos Técnicos Individuales, Sociedades Unipersonales y Funcionarios**

---

## **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.**

## 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

Profesión:.....

¿Desde cuándo ejerce la profesión?/Fecha de creación de la empresa: .....  
Since when do you practice your profession? /Date when business started

¿Ejerce su actividad como funcionario de una entidad pública? Do you work for a government office/entity?

..... En caso afirmativo, declarar que identidad. If yes, please state which entity.

Nombre y Apellidos de la persona que firma el presente cuestionario:  
Name and last name of the person signing this prop form

## 2. Ámbito de Actuación

¿Realiza trabajos fuera España? \_\_\_\_\_ Si su respuesta fue afirmativa, aportar detalles de los trabajos o proyectos efectuados en los últimos 5 años, indicando países y volumen de facturación.  
Do you work on projects outside of Spain?

Hace proyectos en Estados Unidos o Canadá? Do you work on projects in the United States /Canada? .....

### 3. Descripción de la Actividad y la Facturación

Volumen de facturación / honorarios a cierre del ejercicio económico anterior y, estimados para el ejercicio en curso. Turnover volume / fees for the last two years and estimated figures for the current year.

2009: .....

2010: .....

2011 (estimado).....

| ACTIVIDAD   | (% ) | DESGLOSE DE HONORARIOS en EUROS |              |              |
|---|------|---------------------------------|--------------|--------------|
|   |      | Turnover breakdown              |              |              |
|   |      | 2009<br>En €                    | 2010<br>En € | 2011<br>En € |
| Diseño y Realización de proyectos Técnicos<br>Technical Projects Design and implementation    |      |                                 |              |              |
| Dirección de obra<br>Project Manager  |      |                                 |              |              |
| Tasaciones y / o peritaciones<br>Valuation and/or Expert reporting                            |      |                                 |              |              |
| Gestión Integral de Proyectos<br>Comprehensive project management                             |      |                                 |              |              |
| Estudios Geotécnicos<br>Geotechnical projects   |      |                                 |              |              |
| Túneles, Puentes<br>Tunnels, Bridges  |      |                                 |              |              |
| Coordinador de Seguridad y Salud (*)<br>Health and Safety Coordination                        |      |                                 |              |              |
| Otras actividades. Por favor aporte desglose **<br>Other activities, please provide breakdown |      |                                 |              |              |
| ** Si ha contestado OTROS es imprescindible facilite detalle la actividad que realiza :       |      |                                 |              |              |
|   |      |                                 |              |              |
|   |      |                                 |              |              |
|   |      |                                 |              |              |

- ¿En cuantos proyectos ha trabajado en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Por favor indique los 5 proyectos más importantes realizados en los últimos 5 años:

*Please indicate the 5 biggest projects in the last 5 years:*

| Nombre del cliente<br><i>Client's Names</i> | Volumen del proyecto<br><i>Project's Volume</i> | Tipo de proyecto<br><i>Type of Project</i> | Fecha realización<br><i>Realisation date</i> | Honorarios ingresados<br><i>Project's Turnover</i> |
|---|---|--|--|--|
|   |   |  |  |  |
|   |   |  |  |  |
|   |   |  |  |  |
|   |   |  |  |  |
|   |   |  |  |  |

#### 4. Información adicional

**4.1** - ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años? Has anyone filed a claim against you for professional negligence, error, or omission in the last 5 years?.....

| Cliente | Importe reclamado | Reservas Pendientes | Pagos Efectuados | Hechos causantes de la reclamación |
|---------|-------------------|---------------------|------------------|------------------------------------|
|         |                   |                     |                  |                                    |
|         |                   |                     |                  |                                    |

**4.2** - ¿Tiene usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación? Do you or your partners have knowledge of any circumstances or events that might result in a claim? .....

Si su respuesta es afirmativa, rogamos faciliten los datos. If yes, please provide details.

.....  
 .....

.....  
 .....  
 .....  
**4.3 - Desarrolla la actividad de **Coordinador de Seguridad y Salud** según viene regulada en el Real Decreto 1627/1997 de 14 de Octubre?** Are you a health and Safety Coordinator, as regulated by the Royal Decree 1627/1997 of October 14th?\_

.....  
 ¿Si su respuesta es afirmativa, desea incluir la cobertura para esta actividad? .....

**4.4 - ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor de detalles.** Do you currently have Professional Indemnity Coverage? *If yes provide details:*

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Nombre del Asegurador<br>Name of insurer |  |   |  |
| Límite de indemnización<br>Limit         |  | Prima<br>Premium  |  |
| Franquicia<br>Deductible                 |  | Fecha de vencimiento de la Póliza<br>Policy's Expiry Date |  |

**Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:**  
 Please indicate the limits for which you like to have quote for

|         |  |         |  |           |  |
|---------|--|---------|--|-----------|--|
| 65.000  |  | 195.000 |  | 455.000   |  |
| 100.000 |  | 260.000 |  | 650.000   |  |
| 130.000 |  | 325.000 |  | 1.000.000 |  |

**Indique el límite de la franquicia sobre el que desea recibir cotización: (sólo para Arquitectos)**  
 Please indicate the deductible for which you would like to have quote for

|     |  |         |  |         |  |
|-----|--|---------|--|---------|--|
| 0 € |  | 1.500 € |  | 3.000 € |  |
|-----|--|---------|--|---------|--|

Para el resto de las profesiones, la franquicia viene predeterminada en función de la facturación y el límite seleccionado.

## 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.***

**Cº de la Aragón, 403 - entlo. - 08013 Barcelona**

**Teléfono: +34 93 183 7920**

**Fax: + 34 93 183 7927**

**Correo electrónico:**

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](mailto: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 Partícipe 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 NOVAE SYNDICATES LIMITED, gestor del Sindicato 2007 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.

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.**