

Responsabilidad Civil Profesional



Solicitud de Seguro Consultores y Agencias de Marketing y Publicidad

Debe completar las secciones de Información General, Reclamaciones y leer y firmar la Declaración.

**INFORMACIÓN
 GENERAL**

Corredor de Seguros

Nombre del *tomador*:

CIF:

Domicilio:

Por favor, facilite la misma información para otras sociedades (incluyendo filiales y participadas) que requieran cobertura bajo este seguro.

Nombre y domicilio de los *Asegurados adicionales* a incluir en la cobertura:

NOTA: Por favor, tenga en consideración que las siguientes preguntas de este cuestionario se refieren a todas las sociedades a asegurar bajo la **póliza**.

Dirección web

Responsabilidades adicionales: ¿Se requiere cobertura para trabajos realizados por otras sociedades distintas a las señaladas en este cuestionario? Esto puede incluir un predecesor en el negocio o responsabilidad de alguna de sus empresas asociadas. Sí No

En caso su caso, por favor indique información adicional:

Años de actividad:

Facturación total:	Último año	Año en curso	Estimada para el próximo año
Contratos bajo legislación española			
Contratos bajo legislación de la UE			
Contratos bajo legislación de EEUU			
Contratos bajo otras legislaciones			

Número de <i>empleados</i> :	Último año	Año en curso	Estimado para el próximo año

Su experiencia: Por favor, indique si una o más de sus sociedades tiene al menos cinco años de experiencia en su **actividad profesional** Sí No

En caso contrario, por favor anexe los curriculum vitae de todos sus Directores.

**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
 PARA CONSULTORES Y AGENCIAS DE MARKETING Y PUBLICIDAD.**

1. Por favor, asigne **su** facturación incluyendo honorarios del último año entre las siguientes disciplinas profesionales. Si este cuestionario fuera completado para un nuevo negocio, por favor señale **sus** ingresos estimados para el próximo año.

- a) Televisión:
 - i. Producción de anuncios:
 - ii. Gastos en espacio mediático (tanto el espacio mediático adquirido por **usted** como el gasto de un tercero en su trabajo creativo):
- b) Otros medios:
 - i. Producción de anuncios para cine:
 - ii. Producción de videos corporativos, informativos o promocionales:
 - iii. Producción de videos pop:
 - iv. Gastos en espacio mediático (tanto el espacio mediático adquirido por **usted** como el gasto de un tercero en su trabajo creativo):
 - v. Otras. Por favor, detalle a continuación:
- c) Documentos/literaturas impresas:
- d) Marketing directo:
 - i. Envío de correos:
 - ii. Costes de franqueo:
 - iii. Telemarketing:
 - iv. Gestión y comercialización de bases de datos (y listas de intermediación):
- e) Promoción de ventas:
- f) Marketing (incluyendo investigación de mercado):
 - Honorarios
 - Costes de producción
- g) Relaciones públicas :
 - Honorarios
 - Costes de producción

Solicitud de Seguro
Hiscox Professional
Responsabilidad Civil Profesional para Consultores y Agencias
de Marketing y Publicidad

- h) Recursos Humanos:
- i) Diseño especialista:
- i. Diseño gráfico:
 - Honorarios
 - Costes de producción
 - ii. Diseño identidad corporativa:
 - Honorarios
 - Costes de producción
- j) Hospedaje de websites para terceros:
- k) Otras. Por favor, detalle a continuación:

2. ¿La asignación refleja de manera precisa:
- i. Su actividad profesional en el pasado? Sí No
 - ii. Su actividad profesional estimada para el próximo año? Sí No

En caso negativo, por favor explique las diferencias:

**Marketing directo y
 Promoción de ventas**

Si **usted** ha declarado más de un 10% de su facturación bajo d) Marketing directo o e) Promoción de ventas, por favor, detalle sus actividades incluyendo una descripción completa de sus cinco mayores contratos.

Ciente	Actividad/Negocio del cliente	Valor total del contrato	Ingresos para usted del contrato

¿Cuál ha sido el valor medio de sus contratos en los últimos 3 años?

a. ¿Cuál ha sido el mayor envío de correos (por número de correos enviados)?

b. ¿Cuál ha sido el tamaño medio de sus envíos de correos?

c. ¿Se dedica **usted** únicamente envíos de correos? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione detalles:

d. ¿Tiene siempre especificaciones por escrito con **sus clientes** para cada trabajo que incluya los detalles de la campaña, volumen, calidad, plazos y procedimientos de autorización? Sí No

e. ¿Se informa de todas las desviaciones a dichas especificaciones? Sí No

f. ¿Al emplear a subcontratistas emplea siempre una orden de compra, o equivalente, que refleje las obligaciones de cualquier cliente para cada contrato? Sí No

g. ¿Obtiene siempre la autorización final del **cliente** antes de imprimir? Sí No

Solicitud de Seguro
 Hiscox Professional
**Responsabilidad Civil Profesional para Consultores y Agencias
 de Marketing y Publicidad**

**Producción Publicitaria y
 Promocional**

Si **usted** ha declarado más de un 10% de su facturación bajo **a) i.** (Televisión. Producción de anuncios), **b) i.** (Otros medios. Producción de anuncios para cine), **b) ii.** (Producción de videos corporativos, informativos o promocionales), **b) iii.** (Producción de videos pop), **o b) v.** (Otras), responda a las siguientes preguntas:

- a. ¿Desempeña toda su actividades profesionales bajo un contrato estándar de la Asociación Española de Agencias de Publicidad? Sí No
- b. ¿Desempeña toda su actividades profesionales bajo un contrato estándar de la Commercial Films Producers Federation (CFP Europe) / Asociación Europea de Agencias de Publicidad (EAAA Contract)? Sí No
- c. En caso negativo, ¿tiene usted su propio contrato estándar que use con todos sus clientes? (En su caso, por favor, adjunte una copia). Sí No

¿Ha comprado un seguro de Responsabilidad Civil Profesional en el pasado? Sí No

En caso afirmativo:

Nombre del Asegurador	Límite de indemnización	Franquicia	Prima	Fecha de renovación	Años en vigor sin interrupción

Por favor, señale el límite de indemnización que desee contratar:

250.000 Euros 500.000 Euros 1.000.000 Euros

Otro: Euros

RECLAMACIONES

Por favor rellene estas cuestiones para cualquier riesgo a asegurar.

En relación con **su actividad profesional**, ¿tiene **usted** conocimiento, después de las oportunas averiguaciones, de:

- cualquier defecto en su trabajo que pueda dar lugar a una **reclamación** contra **usted**? Sí No
Esto incluye:
 - Un defecto conocido por **usted** que no pueda arreglar.
 - Una queja sobre **su** trabajo o sobre cualquier servicio prestado que no se pueda resolver inmediatamente.
 - Un incremento en el número de quejas en un proyecto en concreto.
- algún **cliente** reteniendo algún pago a **usted** después de una queja? Sí No
- alguna pérdida por conductas deshonestas o dolosas (o supuestamente deshonestas o dolosas) de cualquier **empleado** o colaborador autónomo? Sí No
- cualquier asunto que pueda dar lugar a un **reclamación** contra sus predecesores en el negocio o cualquier anterior socio, director, directivo o empleado? Sí No

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las cuestiones anteriores, por favor, detalle a continuación:

¿Se le ha presentado a **usted** o a sus predecesores en el negocio o a cualquier socio, director, directivo o empleado anteriores o actuales (estuvieran o no asegurados), alguna **reclamación**? Sí No

¿En alguna ocasión **le** han cancelado, declinado, anulado o condicionado a términos especiales algún seguro o propuesta de seguro? Sí No

En caso afirmativo, por favor detalle a continuación:

Fecha	Detalles



Solicitud de Seguro
Hiscox Professional
Responsabilidad Civil Profesional para Consultores y Agencias
de Marketing y Publicidad

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

Los datos de carácter personal facilitados por **usted** se incluirán en ficheros automatizados, del que es responsable Hiscox Insurance Company Limited, sucursal en España, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, con el fin de que **nosotros le** informemos sobre nuestras actividades y productos, así como para la liquidación de siniestros y reclamaciones y la colaboración estadístico actuarial y de lucha contra el fraude. **Usted** podrá dirigirse, para solicitar su consulta, actualización, rectificación o cancelación, si así lo desea, a Hiscox Insurance Limited Sucursal en España, C/ María de Molina, 37 Bis 28006 Madrid. **Usted** otorga su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro. Las sociedades del grupo Hiscox tendrán acceso a tales datos e carácter personal para los fines anteriormente mencionados.

DECLARACIÓN

Declaro/Declaramos que: (a) este formulario ha sido completado 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 propuesta de seguro han sido comunicados.

Acuerdo/Acordamos que este formulario y toda información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma del Director/Socio/Directivo

Fecha

Una copia de esta propuesta de seguro debería quedarse en su poder.