AYAX RC Profesional-IT | Cuestionario Previo de Seguro

Modelo 02.01 F

Fecha Efecto *[Date Effect]*	Fecha Solicitud *[Application Date]*	Código - Nombre Mediador *[Alias - Broker Name]*

I. DATOS DEL SOLICITANTE *[APPLICANT DETAILS]*

1. Datos del tomador de la póliza *[Details of the policyholder]*

Tipo: [*Type*] ☐ Persona Jurídica *[Legal person]* ☐ Persona Física *[Physical person]*

Documento: *[Document]* ☐ NIF ☐ CIF ☐ NIE ☐ Pasaporte

Nombre *[Name]*			País *[Country]*
Localidad *[City]*	Provincia *[Province]*	C.P. *[Postal Code]*	Número *[Number]*

Datos Adicionales *[Additional data]*

Teléfono *[Telephone]*	Móvil *[Mobile phone]*	Email

II. INFORMACIÓN DEL PRODUCTO *[PRODUCT INFO]*

Fecha de efecto esperada *[Expected Date Effect]*	Fecha Establecida *[Date established]*	Fecha de Retroactividad *[Retroactive date]*

☐ Confirme que ha tenido un seguro continuo durante el periodo comprendido entre el inicio y la fecha retroactiva. *[Confirm that you have held continuous insurance for the period between the inception and retroactive date]*

1. Tipo de compañía *[Company type]* ☐ Particular *[Individual]* ☐ Empresa/sociedad *[Firm]*

2. ¿Ha tenido actividad anterior? *[Have you had previous activity?]* ☐ Si *[Yes]* ☐ No *[No]*

3. Facturación *[Fees]*

4. Categoría *[Category]* ☐ Técnicos profesionales *[Professional Technicians]* ☐ Consultoría *[Consultancy]* ☐ Perito Valorador *[Expert Valuator]* ☐ Corredor de Seguros *[Insurance Broker]* ☐ Otros *[Others]*

5. Actividad *[Activity]*

6. Límite de Indemnización *[Indemnity Limit]*

☐ Confirme que usted, sus socios, directores y empleados no tienen conocimiento de ninguna circunstancia que pueda dar lugar a reclamaciones contra la empresa o sus predecesores o cualquier socio, director, superior o empleado anterior o actual . *[Confirm you, your partners, principals and employees are not aware of any circumstances which may give rise to claim against the firm or its predecessors, or any past or present partner, principal, director or employee.]*

III. RIESGOS *[RISKS]*

a. Confirme que no ha tenido ninguna reclamación, ya sea exitosa o no, hecha contra la empresa o sus antecesores, o algún socio, director, o superior actual o anterior *[Confirm you have not had any claims, whether successful or not, made against the firm or its predecessors or any past or present partner, principal, director or employee?]*

☐ Sin reclamaciones *[No claims]* ☐ 1 reclamación *[1 Claim]* ☐ 2 reclamaciones *[2 Claims]* ☐ > 3 Reclamaciones *[> 3 Claims]*

☐ Confirme que usted, sus socios, directores y empleados no tienen conocimiento de ninguna circunstancia que pueda dar lugar a reclamaciones contra la empresa o sus predecesores o cualquier socio, director, superior o empleado anterior o actual. *[Confirm you, your partners, principals and employees are not aware of any circumstances which may give rise to claim against the firm or its predecessors, or any past or present partner, principal, director or employee.]*

b. Declaración de confirmación por zona del país *[Declaration statement per country zone]* ☐ España *[Spain]* ☐ UE*[EU]*

c. Administradores –Nombre/documento- (Si es una empresa) *[Administrators (If it is a firm)]*

d. ¿Realiza algún trabajo fuera de España? *[Do you carry out any work outside Spain?]*

☐ Sólo España *[Spain only]* ☐ EEE*[EEA]* ☐ Todo el mundo excl. EE-UU/Canadá *[Worldwide excl USA/Canada]* ☐ Todo el mundo incl. EE-UU/Canadá *[Worldwide incl USA/Canada]*

e. ¿Tiene una cualificación profesional reconocida para todas las actividades indicadas en esta propuesta?

[Do you hold a recognized professional qualification for all the activities stated in this proposal?] ☐ Si *[Yes]* ☐ No *[No]*

Si la respuesta es NO, proporcione más detalles . *[If the answer is NO, provide more details]*

f. ¿Cuántos años de experiencia tiene en las actividades declaradas en esta propuesta?

[How many years of experience do you have in the activities stated in this proposal?]

☐ <1 año *[< 1 years]* ☐ 2 años *[2 years]* ☐ 3 años *[3 years]* ☐ 4 years *[4 years]* ☐ > 5 years *[> 5 years]*

g. ¿Confirme que no es un empleado de una empresa que no sea la firma especificada en esta propuesta?

[Confirm that you are not an employee of a business other than the firm specified in this proposal?] ☐ Si *[Yes]* ☐ No *[No]*

h. ¿Tiene valores contractuales **no superiores a** 1.000.000€ ? ☐ Si *[Yes]* ☐ No *[No]*

[Do you have contract values not exceeding EUR1,000,000?]

Si la respuesta es NO, especifique los detalles de los 5 contratos más grandes. *[If the answer is NO, specify details of the five largest contracts]*

AVISO LEGAL *[LEGAL NOTICE]*

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3º de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, el solicitante declara:

PRIMERO: Que expresamente ratifica las declaraciones realizadas en este cuestionario y que, caso de ser aceptado el riesgo por AYAX SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS, S.L., en adelante AYAX , éste formará parte integrante del contrato de seguro que se emita, siendo documento base para la aceptación y tarificación del riesgo por parte de AYAX. La fecha de comienzo del seguro será la que se fije en dicho contrato.

SEGUNDO: Que los datos relativos al riesgo, y muy especialmente las medidas de protección, son los declarados, constituyendo los mismos circunstancias esenciales para la valoración y aceptación del riesgo, aceptando expresamente, en caso de reserva o inexactitud en la descripción del riesgo, las consecuencias previstas en las Condiciones Generales de la póliza, en relación con los Artículos 10º, 11º, 12º y 13º de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro.

TERCERO:AYAX SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS S.L., con domicilio social en calle Leopoldo Werner nº13, Málaga Capital, CP: 29014, inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con clave nº AS-58, correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Empresa de España el control de su actividad. Actuando en nombre y representación de la/s ASEGURADORA/S con la/s que contrate la presente póliza cuyos datos identificativos vienen señalados anteriormente.

Puede solicitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición, así como retirar el consentimiento enviando un e-mail a info@ayaxsuscripcion.com o en la dirección postal indicada anteriormente, adjuntando fotocopia del DNI e indicando el derecho solicitado. También podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

El solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que AYAX para el envío de ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono +34 952 65 65 54

CUARTO: AYAX Suscripción de Riesgos, S.L. actúa en nombre y por cuenta de ciertos aseguradores para la suscripción de este producto bajo acuerdos Binder Authority Agreements y supervisada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en España con número de registro AS-0058 como agencia de suscripción y RJ-0042 de Correduría de Reaseguro. AYAX Suscripción de Riesgos, S.L. cuenta con póliza de seguro de responsabilidad profesional al amparo de las exigencias de la actual regulación vigente en materia aseguradora

AVISO LEGAL *[LEGAL NOTICE]*

Deberá ser firmada por el solicitante.

La firma de este formulario no es vinculante para la Aseguradora o para el solicitante para suscribir el seguro.

La "Propuesta" incluye este formulario, todos los adjuntos y cualquier otro documento o declaración que se hagan a la Aseguradora. Esta Propuesta se regirá por la legislación española y cualquier disputa derivada de la misma se resolverá ante la jurisdicción española que tendrá jurisdicción exclusiva, salvo que la Aseguradora acuerde expresamente lo contrario.

Declaro que toda la información facilitada en este cuestionario es veraz y que cualquier circunstancia por mi conocida que pueda influir en la valoración del riesgo será comunicada al asegurador inmediatamente. Reconozco que cualquier inexactitud en la declaración del riesgo faculta al asegurador a rescindir el contrato y si sobreviniere un siniestro con anterioridad a dicha rescisión, si medió dolo o culpa por mi parte, el asegurador quedará liberado de la prestación. Acepto que lo contenido en este cuestionario será la base del contrato de seguro si el mismo llega a celebrarse.

Firmado por: _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma: