

# Cuestionario de Responsabilidad Civil Profesional para Juntas de Gobierno de Colegios Profesionales

---

## AVISO IMPORTANTE

Por favor lea atentamente las siguientes notas antes de rellenar el cuestionario

Su PÓLIZA de Responsabilidad Civil Profesional está emitida en base a RECLAMACIONES. Esto significa que su PÓLIZA responde a:

- 1) RECLAMACIONES que se formulen contra el ASEGURADO por primera vez durante el PERIODO DE SEGURO y se notifiquen al ASEGURADOR durante dicho PERIODO DE SEGURO, **siempre que el ASEGURADO no tenga conocimiento en ningún momento con anterioridad a la Fecha de Efecto de circunstancias que pudiera razonablemente dar lugar a una RECLAMACION y**
- 2) El ASEGURADOR no será responsable bajo la PÓLIZA de RECLAMACIONES que se formulen con posterioridad a la fecha de vencimiento del PERIODO DE SEGURO aunque el evento que haya dado lugar a la reclamación haya ocurrido durante la vigencia de la PÓLIZA.

Al rellenar el cuestionario, tiene que declarar y facilitar información completa y detallada de las circunstancias que sea conocidas por el ASEGURADO y que razonablemente puedan dar lugar a una RECLAMACIÓN.

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.

**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

Junta de Gobierno del Colegio Profesional de:		C.I.F.:	
Domicilio Social:			
Ciudad:		C.P.:	
Teléfono:		mail:	
Nombre Completo de la persona que firma el cuestionario:			

## 2. Información Adicional

2.1	Número de miembros que componen la Junta de Gobierno			
2.2	Volumen de Facturación Anual del Colegio desglosado en cuotas colegiales y otros ingresos			
2.3	En el caso que se visen trabajos, facilitar número de trabajos visados durante la última anualidad e importe facturado por este concepto			
2.4	¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años?	SI		NO
Si la respuesta es afirmativa, por favor facilite información sobre el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causante de la reclamación				
2.5	¿ Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional?	SI		NO
En caso afirmativo, por favor de detalles:				
Nombre del Asegurador:				
Límite de Indemnización:				
Prima:				
Franquicia:				
Fecha de vencimiento de la Póliza:				
2.6	Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:			

150.000

300.000

600.000

1.200.000

## DATOS BANCARIOS

Autorizo a **DUAL Ibérica Riesgos Profesionales, S.A.U. con CIF A82111030 (Agencia de Suscripción)** , a cargar los recibos correspondientes, en la siguiente entidad bancaria:

IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## DECLARACION

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 esta solicitud 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 la presente solicitud.

La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.

Se acuerda que esta solicitud, junto con cualquier otra información facilitada se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de seguro.

Firmado		Cargo	
Colegio Profesional		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

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En relación con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incluidos en los ficheros responsabilidad de DUAL IBERICA RIESGOS PROFESIONALES, S.A.U., C/ Alfonso XII, 32, 28014 Madrid, ante quien puede ejercer sus derechos conforme a lo establecido en la citada ley.