

PRINCIPALES COBERTURAS

- Responsabilidad de los Administradores y Altos Directivos por actuaciones Negligentes
- Responsabilidad por Infracciones Laborales
- Responsabilidad Tributaria Subsidiaria
- Responsabilidad Concursal
- Defensa Jurídica
- Fianzas para garantizar la responsabilidad
- Fianzas para garantizar la libertad provisional con un sublímite del 50% del Límite de Indemnización.
- Aval en evitación de embargo preventivo
- Sanciones Administrativas con sublímite del 50% del límite indemnización.
- Gastos de Restitución de Imagen y Comunicación con un sublímite de € 300.000
- Gastos de Gerencia de Riesgos con un sublímite de € 300.000
- Gastos de Emergencia con un sublímite de € 200.000
- Gastos de Extradición con un sublímite de € 250.000
- Gastos de Privación de Bienes con un sublímite de € 150.000
- Gastos de Asistencia Psicológica con un sublímite de € 80.000
- Gastos de Respuesta al Regulador por apertura en procedimiento Administrativo
- Inclusión del Socio Fundador y letrado externo como Asegurado
- Inclusión durante 4 años a los Administradores retirados
- Inhabilitación Profesional, hasta 2.500 € con un periodo máximo de 12 meses
- Retroactividad ilimitada.
- Periodo adicional de notificación hasta 36 meses.
- Ámbito mundial excluyendo USA/Canadá.
- Actividades excluidas: Tabaco, Sector financiero, Sector público, Turismo y Hostelería, Deporte y Ocio, Juegos de azar y Apuestas, Sector Sanitario y Residencias de la Tercera Edad.**
- Otras exclusiones: Sociedades que junto con sus filiales facturen más de 15 Millones euros.**
- Estas coberturas son a título enunciativo. Para conocer el alcance exacto de las coberturas del producto, debe referirse al contenido íntegro de la póliza.*

LÍMITES y PRIMAS Por favor marque la casilla que desee contratar.

		Facturación Anual					
		hasta 500.000 €	500.001 € - hasta 1.000.000 €	1.000.001 € - hasta 2.000.000 €	2.000.001 € - hasta 5.000.000 €	5.000.001 € - hasta 10.000.000 €	10.000.001 € - hasta 15.000.000 €
Límites	300.000 €	<input type="checkbox"/> 357 €	<input type="checkbox"/> 389 €	<input type="checkbox"/> 422 €	<input type="checkbox"/> 454 €	<input type="checkbox"/> 520 €	<input type="checkbox"/> 551 €
	600.000 €	<input type="checkbox"/> 465 €	<input type="checkbox"/> 508 €	<input type="checkbox"/> 551 €	<input type="checkbox"/> 595 €	<input type="checkbox"/> 682 €	<input type="checkbox"/> 724 €
	1.000.000 €	<input type="checkbox"/> 574 €	<input type="checkbox"/> 628 €	<input type="checkbox"/> 682 €	<input type="checkbox"/> 736 €	<input type="checkbox"/> 844 €	<input type="checkbox"/> 898 €
	1.500.000 €	<input type="checkbox"/> 708 €	<input type="checkbox"/> 776 €	<input type="checkbox"/> 844 €	<input type="checkbox"/> 911 €	<input type="checkbox"/> 1.046 €	<input type="checkbox"/> 1.114 €
	2.000.000 €	<input type="checkbox"/> 790 €	<input type="checkbox"/> 865 €	<input type="checkbox"/> 941 €	<input type="checkbox"/> 1.017 €	<input type="checkbox"/> 1.168 €	<input type="checkbox"/> 1.244 €
	3.000.000 €	<input type="checkbox"/> 898 €	<input type="checkbox"/> 984 €	<input type="checkbox"/> 1.071 €	<input type="checkbox"/> 1.157 €	<input type="checkbox"/> 1.331 €	<input type="checkbox"/> 1.417 €

Las primas incluyen 8,15% de impuestos legales y 30€ de gastos de administración.
 (Este precotizado será válido mientras se encuentre publicado en la web de Dual www.dualiberica.com)

IMPORTANTE: Cumplimente todos los datos aquí contenidos

Para emisión de póliza envíe justificante de transferencia bancaria por el importe total a las siguientes coordenadas bancarias: ES22 0049 1834 16 2410124795 Para próximas anualidades, rogamos nos envíe cumplimentado la autorización SEPA adjunta.

DATOS DEL TOMADOR

Tomador del Seguro		CIF	
Dirección		Ciudad / CP	

ACTIVIDAD (LO MÁS DETALLADA POSIBLE)**DECLARACIÓN DEL TOMADOR DEL SEGURO (aplicable a todas las sociedades asegurados por esta póliza)**

- La facturación de la Sociedad y sus filiales del último ejercicio cerrado ha sido _____ € .
- La Sociedad está constituida desde hace mas de dos años.
- La Sociedad NO esté valorando la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc., de otras sociedades, o exista alguna propuesta de adquisición por parte de otra Sociedad
- No se encuentra incurso en causa de disolución o concurso de acreedores, incluidas las filiales si hubiera
- Tiene Fondos Propios positivos (todas las sociedades aseguradas bajo esta póliza) .
- La Sociedad y/o cualquiera de las personas para las que se propone este seguro NO tiene conocimiento de alguna circunstancia o incidente que en su opinión pueda dar lugar a futuras reclamaciones dentro del ámbito de este seguro o, existe o existió algún tipo de reclamación con relación al riesgo asegurado

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.

Firmado:		Nombre y Cargo de la persona firmante:	
Sociedad:		Fecha (día, mes, año)	

El 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 y se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud.

Esta solicitud, se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de seguro.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En relación con lo dispuesto en la Legislación en vigor relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos le informamos que sus datos serán incluidos en los ficheros responsabilidad de Los Aseguradores y DUAL IBERICA RIESGOS PROFESIONALES, S.A.U., Plaza de la Lealtad, 2. planta 2. 28014 Madrid, ante quien puede ejercer sus derechos conforme a lo establecido en la citada ley. Para más información: http://www.dualiberica.com/files/documents/Clausula_Proteccion_de_Datos.pdf

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor: _____
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name _____

Dirección / Address _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País / Country _____

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo) _____

Dirección del deudor / Address of the debtor _____

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town _____

País del deudor / Country of the debtor _____

Swift BIC / Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters) _____

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN _____

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago:
Type of payment

Pago recurrente
Recurrent payment

O
or

Pago único
One-off payment

Fecha - Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.