

# Seguro de Gestión Empresarial Seguro BusinessGuard D&O

Cuestionario cobertura

## Sección A: Datos del Solicitante

- Nombre de la Entidad Solicitante \_\_\_\_\_  
CIF \_\_\_\_\_ Domicilio Social \_\_\_\_\_  
C. Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_
- Descripción de las Actividades de la Entidad solicitante y sus Filiales (del Grupo)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Tiene la Entidad Solicitante alguna filial o participada?  Sí  No  
En caso afirmativo, detallar en un Anexo incluyendo:  
(i) nombre completo (ii) % de participación; (iii) país de domicilio; (iv) Capital Social; (v) fondos propios
- El solicitante o alguna de sus filiales o participadas o cualquier administrador o directivos de las mismas ¿ha tenido o tiene en vigor un seguro de Responsabilidad Civil de Administradores y Directivos?  Sí  No  
(En caso afirmativo, detallar Compañía Aseguradora, fecha de vencimiento y límite de indemnización)

## Sección B: Características del Riesgo

**Nota:** En el caso de acompañar el presente cuestionario con el último Balance de Situación, Cuenta de Pérdidas y Ganancias, Memoria e Informe de Auditoría (consolidados en el caso de tener sociedades filiales), no deberán cumplimentar los puntos 5 al 7 siguientes.

- Fecha de Creación de la Entidad Solicitante: \_\_\_\_\_  
(En el caso que tuviese el solicitante menos de 3 años de actividad, adjuntar escritura constitución y plan de negocio para los próximos años y, en el caso que lo tengan emitido, la última Memoria completa de la Sociedad)
- Ingresos totales de la Entidad Solicitante y de sus filiales en el último año: \_\_\_\_\_
- Complete el siguiente cuadro con la información financiera más reciente de la Entidad Solicitante:
 

	Último ejercicio cerrado (201... )	
A. Capital Social:	_____	
B. Fondos Propios:	_____	Año Anterior
C. Pérdidas y Ganancias:	_____	_____
D. Pasivo Corriente:	_____	
E. Activo Corriente:	_____	
F. Total de Activos:	_____	

**NOTA:** Se ruega adjuntar Informe Anual completo más actualizado que tengan emitido (incluyendo Balance, Cuenta de Pérdidas y Ganancias, Informe de Auditoría y Memoria) en el caso que se cumpla alguna de las siguientes circunstancias:

- El Resultado Neto (C) ha sido negativo en los dos últimos años
- Los Fondos Propios (B) son inferiores al 50% del Capital Social (A)
- La cifra de Ingresos Totales supere los 200.000.000 €

- ¿Es el principal accionista del Solicitante una Entidad?  Sí  No  
(En caso afirmativo, se ruega detallan nombre completo de la Entidad, % participación y país de domicilio)

### **Programas de Prevención de Imputaciones Penales ante la reforma del Código Penal (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo)**

9. ¿Ha llevado a cabo programas para la implementación de medidas para prevenir y descubrir posibles delitos cometidos en el ámbito de la empresa?  Sí  No

En caso afirmativo, detallar en anexo si se han elaborado reglamentos de prevención, las medidas de control establecidas, etc.

En caso negativo, indique por favor si tiene previsto poner en marcha próximamente tales programas de prevención y facilite detalle del plan de implementación

10. ¿Ha sido asesorado por algún Despacho de Abogados o Empresa de Consultoría en el desarrollo de estos programas?  Sí  No

En caso afirmativo, detallar el nombre del despacho o empresa de consultoría, fecha de finalización del mismo, y adjunte confirmación escrita de los anteriores sobre realización del citado programa

En caso afirmativo, detallar en anexo junto con la Memoria de la Sociedad

### **Contratos con la Administración Pública**

**Completar las siguientes preguntas únicamente en caso que la entidad solicitante preste servicios a la Administración Pública**

#### **Pregunta Estándar**

11. ¿El Tomador, o cualquiera de sus filiales, tienen suscritos contratos con la administración pública o cualquier entidad que esté directa o indirectamente controlada por el Estado, ya sea en el ámbito local, autonómico o estatal, en España o en cualquier otro país?  Sí  No

En caso afirmativo, será necesario responder al detalle siguiente:

#### **Detalle sobre estos contratos:**

1. ¿Por favor indique qué tipo de servicio o producto es objeto de los contratos que tiene suscritos con la administración pública?
2. ¿Desde cuándo la empresa mantiene estos contratos?
3. ¿Cuál es la duración de tales contratos?
4. Por favor, detalle el porcentaje de la facturación que representan tales contratos en relación con la facturación total de la empresa/grupo:
  - a. Menos de 10%
  - b. De 10% a 25%
  - c. De 25% a 40%
  - d. Más de 40%

### **Preguntas adicionales ante la declaración de pandemia por el Covid 19**

12. Como consecuencia de la situación actual, ¿la entidad ha puesto en práctica un plan de contingencia de negocio (en adelante PCN)?  Si  No

13. ¿Ha discutido su plan de contingencia de negocio con los organismos reguladores que afectan a su negocio? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿le han impuesto algún tipo de restricción al asegurado mientras opera en base a tal PCN?

Si  No

En caso afirmativo, por favor detalle la respuesta \_\_\_\_\_

14. Ante la declaración de pandemia del Covid 19, ¿ha cuantificado la empresa el potencial impacto a su negocio (mejor y peor escenario)?

Si  No

En caso afirmativo, por favor detalle la respuesta \_\_\_\_\_

15. ¿Qué planes tiene la compañía para poner en vigor para mitigar los efectos negativos de esta pandemia? (por ejemplo, utilizar cadenas de suministro o reducción de costes?)

Si  No

En caso afirmativo, por favor detalle la respuesta \_\_\_\_\_

16. ¿Se han revelado estos planes a los accionistas? En caso de que la respuesta sea informativa, ¿Cuáles han sido sus reacciones al mismo? Por favor detalle su respuesta seguidamente:

Si  No

\_\_\_\_\_

### Exposición en Estados Unidos

**Completar las siguientes preguntas en caso de que la Sociedad solicitante requiera cualquier cobertura para reclamaciones iniciadas en Estados Unidos de América o reclamaciones que se inicien en cualquier otro lugar que surjan de las operaciones de la Compañía en Estados Unidos de América.**

17. Lista de accionistas o socios propietarios en los EE.UU.

Nombre de los Accionistas / socios	% de acciones o participaciones con derecho a voto

18. Lista completa de las Filiales y participadas en los EE.UU.:

Completar el siguiente cuadro o adjuntar un anexo.

Nombre de las sociedades	País de Constitución	%, directo o indirecto, de acciones o participaciones con derecho a voto

19. ¿La estructura del comité auditor interno de la Compañía y/o sus procedimientos cumplen con las leyes, regulaciones y normativas de los Estados Unidos de América en relación con los comités internos de auditoría. (es decir en relación con su composición, historial financiero, independencia, reuniones requeridas, estatutos, etc.)?

Sí  No

20. ¿Se requiere que las declaraciones financieras de la Compañía se consoliden, o reconcilien, de acuerdo con los Principios Generalmente Aceptados de Contabilidad de los Estados Unidos de América (conocidos como US GAAP)?

Sí  No

21. ¿La "Securities and Exchange Commission" de los Estados Unidos o la US IRS están actualmente investigando o solicitando información de la Compañía o algún administrador o director de la Compañía?  Sí  No  
En caso afirmativo detalle la respuesta
- 

22. Indicar el patrimonio bruto total en los Estados Unidos de América: \_\_\_\_\_

**Si la Compañía tiene cualquier security (equity or debt) que cotice o negocie en los Estados Unidos de América, necesitamos la siguiente información:**

(a) Los últimos 20-F registrados con la "Securities and Exchange Commission" de los Estados Unidos de América (U.S. SEC) o similares con una agencia estatal de los Estados Unidos de América o una agencia que no sea de dicho país.

(b) Todos los 6-K registrados con la US SEC (o agencia similar de los Estados Unidos de América o agencia que no sea de dicho país) durante el último año.

(c) Todos los F-1 o declaraciones de registro registradas con la US SEC (o agencia similar de los Estados Unidos de América o agencia que no sea de dicho país) dentro de los últimos doce meses.

(d) Copias de las declaraciones financieras certificadas por el Director General o el Director Financiero.

**Se acuerda que el Solicitante registrará con la Aseguradora, en el momento en que este disponible, una copia de cada declaración registrada y el informe anual o intermedio que la Solicitante o cualquier filial pueda ocasionalmente registrar con un gobierno local o extranjero, cuerpo regulatorio o agencia que regule valores (incluyendo, pero sin limitar a, la "US Securities and Exchange Commission").**

### Sección C: Declaración de circunstancias y siniestralidad

El solicitante o alguna de sus filiales o participadas, después de realizar las oportunas averiguaciones:

23. En los últimos 24 meses, el solicitante o alguna de sus filiales o participadas ¿han dejado de cumplir algún compromiso, obligación o deuda que tuviera asumida, se ha visto envuelta en algún proceso concursal, o se encuentra en desequilibrio patrimonial?  Sí  No
24. En los últimos 12 meses, el solicitante o alguna de sus filiales o participadas ¿ha llevado a cabo alguna operación de fusión o adquisición que pudiera llevar a una situación de desequilibrio patrimonial o pre-concursal?  Sí  No
25. ¿Tiene conocimiento de reclamaciones por errores de gestión presentadas contra la Sociedad solicitante o cualquiera de sus Filiales o participadas, contra la Comisión de Control del Plan de Pensiones o cualquiera de los Miembros de la Comisión de Control, o contra cualquier persona asegurada, incluyendo cualquier administrador, directivo, administrador persona jurídica o empleado del solicitante o sus filiales o participadas?  Sí  No
26. ¿Ha recibido en los últimos años reclamaciones, reclamaciones corporativas, o reclamaciones por prácticas de empleo indebidas contra la sociedad solicitante o alguna de sus filiales?  Sí  No
27. ¿Tiene conocimiento de hechos o circunstancias que pudieran dar lugar a reclamaciones, reclamaciones corporativas o por prácticas de empleo indebidas contra la sociedad solicitante o alguna de sus filiales, cualquier persona asegurada, incluyendo cualquier administrador, directivo, administrador persona jurídica o empleado del solicitante, sus filiales o participadas?  Sí  No
28. ¿Tiene conocimiento de reclamaciones penales, o de hechos o circunstancias que pudieran dar lugar a reclamaciones penales, presentadas contra el solicitante, alguna de sus filiales o participadas según lo establecido en el artículo 31 bis de la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo?  Sí  No

En caso afirmativo, detallar en anexo junto con la Memoria de la Sociedad

## Sección D: Cobertura adicional para sociedades hermanas

**Completar las siguientes preguntas únicamente en caso de que la Sociedad solicitante tenga interés en cubrir a sus sociedades hermanas: Esta cobertura conllevará prima adicional**

29. ¿la entidad solicitante tiene sociedades hermanas que quiera incluir dentro de la cobertura?

Sí  No

(En caso afirmativo, se ruega detallan nombre completo de la Entidad, CIF, participaciones accionariales coincidentes con los accionistas de la sociedad solicitante y acompañe el último informe de cuentas anuales)

\*A los efectos de este cuestionario, por sociedad hermana se entenderán aquellas *entidades* que sin estar dentro del grupo societario y con independencia de su forma jurídica, se encuentran controladas por las mismas personas físicas o jurídicas que ostentan el control de la entidad solicitante.

## Sección E: Cobertura adicional para administrador persona jurídica

**Completar las siguientes preguntas únicamente en caso de que la Sociedad solicitante tenga un administrador persona jurídica. Esta cobertura conllevará prima adicional:**

30. ¿la entidad solicitante tiene sentado en el consejo de administración un administrador persona jurídica?

Sí  No

(En caso afirmativo, se ruega detallan nombre completo de la Entidad, CIF, país de domicilio y facturación)

31. ¿la entidad solicitante se sienta como administrador persona jurídica en el consejo de administración de sus filiales y/o participadas?

Sí  No

(En caso afirmativo, se ruega detallan las sociedades en las que tiene esta condición e identifique si es filial o participada)

## Sección F: Exposición en un Plan y/o Fondos de Pensiones de Empleo en España

**Completar las siguientes preguntas únicamente en caso de que la Sociedad sea promotor de un plan y/o fondo de pensiones y quiera contratar la cobertura del Seguro de Gestión Empresarial. Esta cobertura conllevará prima adicional.**

32. ¿El Plan de Pensiones sobre el que actúa la Comisión de control para cuyos miembros se solicita el seguro es un Plan de Pensiones de empleo de aportación definida o mixto?  Sí  No

33. ¿Se realiza una revisión del sistema financiero actuarial del Plan de Pensiones cada 3 años?

Sí  No

34. ¿La Comisión de Control para cuyos miembros se solicita este seguro delega en la entidad gestora la gestión de las inversiones del plan?  Sí  No

35. ¿El Promotor del Plan de Pensiones ha dejado de realizar aportaciones al plan en algún período?

Sí  No

## Protección de Datos Personales

La Política de privacidad de AIG Europe S.A. está disponible en: <https://www.aig.com.es/politicia-de-privacidad>; también puede solicitar una copia de dicho documento poniéndose en contacto con Oficial de Protección de Datos, AIG Europe S.A., Paseo de la Castellana 216, 28046 Madrid (también puede solicitarla por correo electrónico en la dirección: [protecciondedatos.es@aig.com](mailto:protecciondedatos.es@aig.com)).

Antes de facilitarnos información personal de otro particular, usted debe hacer lo siguiente, salvo que hayamos acordado lo contrario: (a) informar al particular acerca del contenido de esta notificación y de nuestra Política de privacidad; y (b) obtener



su permiso (siempre que sea posible) para compartir su información personal con nosotros, de conformidad con la Política de privacidad.

### Declaración

Declaro que las informaciones comunicadas en este cuestionario son verdaderas y que no he omitido voluntariamente ni suprimido cualquier hecho. Acepto que las declaraciones hechas en este cuestionario así como la información facilitada en otros documentos sirven de base a la póliza y forman parte de la misma. Asimismo, me comprometo a informar el Asegurador de cualquier modificación a estas declaraciones que pudiera tener lugar entre la fecha de este cuestionario y la fecha de efecto de la póliza.

Hecho en....., el.....

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD :**

**SELLO DE LA SOCIEDAD :**

**AIG EUROPE Madrid**  
**PUERTA DE EUROPA**  
Pº de la Castellana, 216  
3ª, 4ª Planta  
28046 – Madrid

Tel.: (34) 91 567 74 00  
Fax.: (34) 91 567 74 07

**AIG EUROPE**  
**Barcelona A**  
Carrer d'Entença  
332-334, 4a planta  
08029 Barcelona

Tel.: (34) 93 362 03 30  
Fax.: (34) 93 362 03 51

**AIG EUROPE**  
**Bilbao**  
Gran Vía 19-21, 2ª Pl.  
48001 – Bilbao

Tel.: (34) 94 435.96.99

**AIG EUROPE Sevilla**  
Plaza Ruiz de Alda, 11  
41004 – Sevilla

Tel.: (34) 95 436 93 07  
Fax.: (34) 95 436 93 01

**AIG EUROPE Valencia**  
C/ Moratín, 17 - 2º  
46002 Valencia

Tel.: (34) 96 112 45 42  
Fax.: (34) 96 112 45 99