



Cuestionario SME

Project Management

Este cuestionario es un documento confidencial, su firma no vincula a suscribir una póliza de seguro y va dirigido a sociedades y personas físicas.

Actividad profesional cubierta:

Los servicios profesionales de gestión de proyectos de construcción: (i) gestión y supervisión de todas las fases del diseño y proyecto; (ii) gestión, monitorización del progreso y supervisión de la construcción; y (iii) consultoría en arquitectura e ingeniería, estudios de viabilidad técnica, análisis de riesgos, auditorías técnicas, consultoría en sostenibilidad, gestión urbanística, gestión de programas multiproyecto y coordinación de seguridad y salud. Servicios profesionales de gestión de proyecto de construcción NO INCLUYEN servicios para los cuales el asegurado tenga contrato para realizar (a) ensamblaje, construcción, montaje, fabricación, instalación, remediación, desmantelamiento, perforación, excavación o fabricación, sea por sí mismo o a través de cualquier subcontratista en cualquier nivel y (b) consultoría estratégica de inversiones, gestión integrada y mantenimiento de patrimonio y activos inmobiliarios.

Sección 1 – INFORMACIÓN GENERAL

- a) Nombre del tomador de la póliza:
- b) Dirección completa:
- c) CIF:
- d) Dirección WEB:
- e) Fecha de constitución o comienzo de la actividad:
- f) Enumerar empresas que requieran cobertura bajo la póliza (incluyendo filiales):

g) ¿Tiene su compañía o grupo de compañías, intereses, filiales, sucursales, negocios y o proyectos en alguno de los siguientes países o región o alguno de los accionistas, miembros del Consejo de Administración y/o Comité de Dirección reside o ha nacido en los países/región siguientes?

- Cuba;
- Irán;
- Siria;
- Corea del Norte; y/o
- La región de Crimea.

Sí No

En caso afirmativo, por favor especificar:

Por favor, tenga en consideración que las siguientes preguntas se refieren a todas las sociedades a asegurar bajo la póliza.

Sección 2 – ACTIVIDADES PROFESIONALES Y DETALLE DE INGRESOS

2. Importe neto de la cifra de negocios del tomador de la póliza y sus filiales en el año anterior:

| En Euros | Año anterior | Año Actual | Próximos 12 meses |
|-------------|--------------|------------|-------------------|
| Facturación | | | |



3. ¿El tomador de la póliza está domiciliado fuera de España? Sí , especificar _____ / No
4. ¿El tomador de la póliza tiene oficinas, operaciones domiciliadas o ingresos obtenidos fuera de EMEA?

Sí , especificar _____ / No

5. ¿El tomador de la póliza tiene ingresos derivados de cualquiera de las siguientes actividades/tipo de proyecto?:

Sí , especificar actividad y porcentaje _____ / No

Construcción relacionada con: suministro o tratamiento de agua, plantas potabilizadoras, puentes, túneles, puertos, diques, estructuras ferroviarias, aeropuertos, minas, geotecnia, oil & gas, sector químico, fabricación de productos, certificaciones, Off shore.

6. El tomador de la póliza tiene ingresos superiores al 25% derivados de la actividad de Coordinación de Seguridad y Salud.

Sí , especificar el porcentaje _____ / No

7. El tomador de la póliza tiene ingresos superiores al 20% derivados de la participación en proyecto o dirección/supervisión de obras de Promoción de Viviendas (entendiéndose por tal, más de 15 viviendas).

Sí , especificar el porcentaje _____ / No

8. El tomador de la póliza firma contratos con contratistas o todos los contratos de construcción son firmados por el Propietario/Promotor directamente con los contratistas?

Sí, firma contrato con contratistas , especificar el porcentaje _____

No, solamente presta consultoría al Propietario/Promotor que los firma directamente con los contratistas

9. El tomador utiliza el modelado de información de construcción (BIM, Building Information Modeling) en 100% de sus proyectos?

Sí , desde _____ / No

Sección 3 – RECLAMACIONES Y CIRCUNSTANCIAS

El tomador de la póliza o alguna de sus filiales, después de realizar las oportunas averiguaciones:

10. ¿Tienen conocimiento de reclamación alguna que haya sido efectuada contra la sociedad o contra sus predecesores en el negocio o bien contra cualquiera de sus socios, directivos o gerentes pasados o actuales?

Sí No

En caso afirmativo, por favor especificar la fecha de ocurrencia, fecha de reclamación, valor de la reclamación, hecho causal, situación actual, pagos hechos:

11. ¿Tienen conocimiento de circunstancia alguna que pueda dar lugar a una reclamación contra la sociedad o contra sus predecesores, o contra cualquiera de sus socios, directivos o gerentes pasados o actuales?

Sí No

En caso afirmativo, por favor especificar la fecha de ocurrencia, hecho causal, situación actual, valores:



Si han contestado afirmativamente a las preguntas 10 y/u 11 **cada hecho o circunstancia debe detallarse previamente para obtener una cotización. NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SERIAMENTE SU DERECHOS**, en caso de que tenga lugar una reclamación.

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).

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 al 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 y 5ª Planta
28046 – Madrid

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

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

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

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

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

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

Tel.: (34) 94 435.96.99

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

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