

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y DECLARACIÓN DEL RIESGO DEL TOMADOR

RAMO/MODALIDAD	PROTOCOLO	PÓLIZA	CÓDIGO MEDIADOR
25/52	00000003/1		
FORMA DE PAGO	DURACIÓN	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO
ANUAL	ANUAL RENOVABLE		

TOMADOR		
NIF	TELÉFONO DE CONTACTO	EMAIL
DIRECCIÓN:		
POBLACIÓN:	C. POSTAL	PROVINCIA
ACTIVIDAD Y CÓDIGO CNAE:		
Facturación anual:		
Domicilio de cobro/Código IBAN:		

DECLARACION DEL ASEGURADO

1. El Asegurado declara que no recoge datos personales de números de tarjetas de crédito o cualquier otro medio de pago, o si los recoge, estos se almacenan de forma encriptada y son inferiores a 10.000.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. El Asegurado declara que no guarda/tramita datos de ciudadanos de Estados Unidos.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. El Asegurado declara que no publica material difamatorio o ilegal que pueda vulnerar la privacidad de terceros a través de internet.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. El Asegurado mantiene y actualiza regularmente su documento interno de política de privacidad.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. El Asegurado realiza regularmente formaciones para su personal sobre el tratamiento de datos personales.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. El Asegurado declara que la información almacenada en dispositivos móviles está encriptada.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. El Asegurado declara que su red informática tiene únicamente 1 servidor.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SINIESTROS Y CIRCUNSTANCIAS

1. ¿Ha recibido alguna pérdida o reclamación en contra del Asegurado incluyendo empleados, en relación a una invasión o daño a la privacidad, robo de identidad, robo de información, Violación de las Medidas de Seguridad informática, violación de los derechos de autor, difamación o ciber extorsión?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ha estado el Solicitante sujeto a alguna acción o investigación gubernamental y/o de la Agencia de Protección de datos en relación con una presunta violación de una ley o normativa de privacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Tiene el Solicitante o algún administrador, directivo, empleado u otro Asegurado conocimiento o información de alguna circunstancia, evento u operación pasada que pueda dar lugar a una Reclamación bajo la Póliza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

En caso afirmativo a cualquiera de las tres preguntas arriba indicadas, por favor, facilite detalles de cada Reclamación, alegación o incidencia, incluyendo los costes, pérdidas o daños incurridos o pagados y cualquier cantidad pagada bajo cualquier póliza:

GARANTÍAS, CAPITAL Y CONDICIONES DE APLICACIÓN

CÁLCULO DE LA PRIMA (*)

CÁLCULO DE LA PRIMA PARA SOCIEDADES				CÁLCULO DE LA PRIMA PARA AUTÓNOMOS			
Volumen de facturación anual	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN			Volumen de facturación anual	LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN		
	100.000 €	250.000 €	500.000 €		100.000 €	250.000 €	500.000 €
Hasta 100.000 €	235,95 €	381,81 €	456,17 €	Hasta 60.000 €	177,32 €	247,39 €	354,64 €
De 100.001 € a 500.000 €	327,47 €	483,34 €	579,15 €	De 60.001 € a 150.000 €	235,95 €	333,04 €	461,89 €
De 500.001 € a 1.000.000 €	360,00 €	500,00 €	600,00 €	De 150.001 € a 250.000 €	244,94 €	339,14 €	471,04 €
De 1.000.001 € a 1.500.000 €	400,00 €	520,00 €	650,00 €	Más de 250.000 €	CONSULTAR	CONSULTAR	CONSULTAR
Más de 1.500.000 €	CONSULTAR	CONSULTAR	CONSULTAR				

(*) Primas Netas. Sobre las primas netas se aplicarán los impuestos y recargos legalmente repercutibles en cada momento.

FRANQUICIA POR RECLAMACIÓN: 300 €

FRANQUICIA POR INCIDENTE (SERVICIO DE RESPUESTA): Sin franquicia

La persona que firma este cuestionario:

- Declara, en su nombre y en el de la Sociedad Tomadora del seguro en su caso, que las declaraciones contenidas en el mismo son verdaderas y completas.
- Declara, que ha sido debidamente autorizado por el Tomador para actuar como su representante o apoderado con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen o afecten a esta solicitud y a la Póliza.
- Se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud.

Es importante que la persona que firma el cuestionario 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 o Agente, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos del Asegurado bajo la Póliza.

Hecho y firmado en el de de .

FIRMADO (Nombre y Apellidos):

CARGO:

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, consiente a que los datos que Vd. nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con el fin de gestionar la relación de aseguramiento, realizar encuestas de satisfacción sobre nuestros servicios y remitirle información comercial, aun terminada la vigencia de la póliza sobre nuestros productos y servicios de seguros y planes de pensiones, financieros, sanitarios, asistenciales y de residencias para la tercera edad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 - 28050 - MADRID (Indicar Asesoría Jurídica - Protección de Datos) o a través de www.caser.es.

Sus datos personales podrán ser cedidos, sin necesidad de comunicar la primera cesión, a entidades del Grupo CASER (consúltese la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es) para que por éstas, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, se le realicen comunicaciones comerciales o promocionales, sobre los sectores antes mencionados, adaptadas al perfil de gustos, aficiones, necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con las distintas sociedades del Grupo CASER.

Los datos que se recaben podrán ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que Caser o las sociedades de su Grupo le remitan ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono gratuito, 900 810569.