

PROPUESTA DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL – DIRECTORES Y GERENTES

ADVERTENCIA AL ASEGURADO

en caso de que esta propuesta sea aceptada por el asegurador, la póliza se emitirá bajo la condición de que el hecho del que deriva la responsabilidad del asegurado haya sido practicado durante la vigencia del seguro y que, a su vez, el daño y el reclamo sean denunciados al asegurador dentro del período de vigencia de esta póliza o bien dentro del período extendido de denuncias contratado.

Razón Social			
Nombre Comercial o de Fantasía del Tomador			
Domicilio:		Ciudad:	
Provincia:			
Rubro o Actividad Comercial			
Fecha de Constitución	Número de Registro I.G.J.		
Teléfono		Mail:	
Condición Fiscal		Cuit:	
Antigüedad Ininterrumpida del Tomador			
CIU (Código Internacional Industrial Uniforme)			

Durante los últimos 5 años:		
¿Se ha modificado el nombre del Tomador?	Si:	No:
¿Se ha llevado a cabo alguna fusión o adquisición?	Si:	No:
¿Se ha modificado la estructura o composición del Capital? (aclarar si corresponde)	Si:	No:
¿Tiene conocimiento de alguna Adquisición, Oferta o Fusión, pendiente o bajo análisis?	Si:	No:
¿Tiene conocimiento de alguna propuesta relativa a su Adquisición o Fusión?	Si:	No:
¿Tiene el Tomador la intención de realizar alguna oferta pública de títulos y/o valores dentro del próximo año?	Si:	No:
¿Cuenta el Tomador con un Departamento de Auditoría Interna? (En caso afirmativo indicar la periodicidad con que se realizan las mismas)	Si:	No:

Indicar si la empresa tomadora es:		
Privada <input type="checkbox"/>	Estatal <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>
Cotiza en la Bolsa de valores de Buenos Aires <input type="checkbox"/>	Cotiza en Bolsas de Valores extranjeras (En caso afirmativo sírvase especificar el País, Bolsa de valores y tipo de registro en bolsa y nivel (Ej. ADR), registro directo) <input checked="" type="checkbox"/>	
Sírvase indicar:		
Cantidad de Accionistas:		
Porcentaje de Capital Accionario en poder de Directores y Gerentes (tanto directas como en fideicomiso):		

Nombre y porcentaje de participación de cualquier accionista propietario directa o indirectamente de mas del 5 % de las acciones Ordinarias (Listar en hoja Aparte si es necesario)	
Nombre y Apellido	% Participación
Suministre detalles sobre cualquier cambio respecto del listado de Directores y Funcionarios presentado en la última Memoria y Balance del Tomador	

¿Tiene el Tomador o cualquiera de sus Directores o Funcionarios cobertura de seguros vigente de Responsabilidad de Directores y Funcionarios en vigencia? Sí: No:

Asegurados: La póliza solicitada cubre a todos los Directores y Gerentes designados por acta de directorio. Favor listar los datos de los mismos.

NOTA: adjuntar Curriculum Vitae de los Directores y Gerentes más abajo informados.

Apellido y Nombre	Función o Cargo	Profesión	Experiencia en cargos similares	Antigüedad En La Empresa

Antecedentes Siniestros

Fecha de Ocurrencia	Motivo del Reclamo	Importe Reclamado y/o Indemnizado	Estado Actual (Juicio, Mediación, Etapa Procesal, Cerrado)

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SSN;
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N.º 21.526;
- Tarjetas de crédito, débito, emitidas en el marco de la Ley N.º 25.065;
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SSN a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N.º 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o Tomador a favor de la Aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente apartado.

Autorización Pago Débito Automático: Autorizo a TPC Cía. de Seguros S.A. a debitar automáticamente de mi Cuenta Corriente / Caja de Ahorro / Tarjeta de Crédito. en un todo de acuerdo a la resolución N.º 21.900 de la Superintendencia de Seguros De la Nación.

Tarjeta de Crédito		CBU	
Nº Tarjeta:		Nº CBU:	
Vencimiento:		Tipo de Cuenta:	
Entidad Bancaria		Entidad Bancaria:	

Cobertura Solicitada:	Directores y Gerentes exclusivamente: <input type="checkbox"/> A+B: Directores y Gerentes más Reembolso al Tomador <input type="checkbox"/> Adicional de Responsabilidad por Reclamos Laborales (hasta un sublímite del 10 % de la suma asegurada): Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
Responsabilidad por prácticas Laborales:	¿El Tomador tiene Departamento de Recursos Humanos? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indicar cantidad de empleados del Dto. de RRHH: _____ En caso negativo indicar quien cumple dichas funciones:		
¿Cuántos Funcionarios Y Otros Empleados Han Renunciado, O Han Sido Despedidos (Con O Sin Motivo), O Se Han Jubilado En Forma Temprana, Dentro De Los Últimos 24 Meses?:			
Suma asegurada requerida	(mínimo \$250.000)		
Reposiciones:	Sin Reposiciones:	Una:	Dos:

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspectos y son verdaderos, y que no ha omitido ni mentido sobre ningún hecho material, y conviene que el presente formulario de propuesta forma las bases de todo contrato con los aseguradores, de la cobertura extendida a su favor. Cualquier omisión o falsedad aún hecha de buena fe, de circunstancias conocidas por el asegurado, será considerada retención, en los términos previstos en la Ley 17.418 (art. 5º y subsiguientes) y hará nulo el contrato de seguro.

Asimismo, declaro que tengo pleno conocimiento que estoy contratando una póliza con una cobertura a base de reclamos de terceros o de notificaciones al Asegurador de reclamos de terceros, siendo también de mi pleno conocimiento lo siguiente:

- 1) Que, conozco las limitaciones previstas en el contrato de seguro que estoy solicitando, y que en consecuencia, la cobertura del seguro cuya contratación solicito, solamente dará cobertura a los reclamos judiciales que me sean notificados por terceros, o a las notificaciones que yo haga al Asegurador de esos reclamos, relativos a mis acciones u omisiones durante el ejercicio de mi profesión, y que yo haya cometido a partir de la fecha retroactiva que será prevista en las Condiciones Particulares de Póliza.
- 2) Que la cobertura en las sucesivas pólizas que vaya renovando con este mismo Asegurador, seguirán los mismos principios establecidos en 1) teniendo siempre la obligación de indemnizarme la póliza en cuya vigencia haya sido presentado el reclamo del tercero perjudicado o la de mi notificación al Asegurador de haber recibido un reclamo de un tercero, cuando ésta anteceda al efectivo reclamo judicial.
- 3) Que, existiendo más de un reclamo derivado de un mismo evento, la obligación de indemnizar le cabrá exclusivamente a la póliza en vigencia sobre la cual fue presentado el primero de los reclamos o la notificación del Asegurado, cuando esta le anteceda al reclamo.
- 4) Que no siendo renovada la póliza, será concedida cobertura automática para los reclamos que sean presentados hasta los tres años después del vencimiento o no renovación de la póliza, sin cobranza de premio adicional.

Habiendo sido suficientemente informado acerca de las alternativas de cobertura que se me ofrecen, declaro haberlas entendido y conocer tanto las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Condiciones Especiales que regirán el seguro de responsabilidad civil que por la presente solicito y acepto, así como el alcance de su cobertura y de sus limitaciones, franquicias, deducibles, cargas y exclusiones, y de mis derechos y obligaciones que asumiré en caso de que la presente solicitud sea aceptada por el Asegurador.

Esta solicitud deberá ser firmada por el Presidente del Directorio de la empresa tomadora del seguro, o por su Director General.

Firma:	Fecha: ____/____/____
Aclaración:	Lugar:
Productor:	Comisión:

Como parte de esta solicitud, favor de anexar la siguiente información:

- memoria y balance (últimos 3 ejercicios)
- estatuto social

IMPORTANTE: En caso de contratar el seguro solicitado, deberá acompañar la presente solicitud con los formularios UIF y PEP correspondientes, los cuales se encuentran disponibles en nuestra página web: <http://www.webtpc.com/>