

Este Formulario constituye una solicitud de seguro; el mismo no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Berkley International Seguros S.A. Este formulario es un documento confidencial y se conviene que este Formulario forma parte de la póliza y servirá de base para la emisión de la misma. En caso de emitirse una póliza la cobertura operará sobre la base de Reclamos Hechos ("Claims Made").

DATOS DE LA COMPAÑÍA

1. Nombre oficial y domicilio del Profesional y/o Firma y de sus filiales:

2. Fecha de constitución y objeto social:

3. La compañía ¿tiene subsidiarias? (En caso afirmativo por favor proporcionar detalle de las mismas, porcentaje de participación y país de constitución)

SI NO

NOMBRE	SERVICIOS PROFESIONALES	% DE PARTICIPACIÓN	PAÍS DE CONSTITUCIÓN

4. La Compañía ¿tiene actualmente un seguro de Responsabilidad Civil Profesional?

SI NO

5. ¿Le ha sido denegado en algún momento la contratación de un seguro de Responsabilidad Civil de Profesional?

SI NO

EMPLEADOS Y FACTURACIÓN

1. Por favor detalle la cantidad total de empleados de la Compañía segmentado en:

SOCIOS/DIRECTORES	PROFESIONALES	ADMINISTRATIVOS

2. La Compañía tiene previsto o ha sido parte en los últimos 3 años en:

a) Algún tipo de adquisición, fusión o transformación societaria: SI NO

b) Prestar nuevos servicios Profesionales a los que actualmente presta. SI NO

En caso afirmativo a alguna de las preguntas arriba detalladas por favor proporcionar detalle.

3. La Compañía ¿subcontrata parte de su trabajo? En caso afirmativo por favor especificar el porcentaje SI NO %

4. ¿Al contratar subcontratistas la Compañía les exige un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional? SI NO

5. La Compañía ¿tiene algún tipo de contrato, activos y/o servicios profesionales en los Estados Unidos de Norteamérica?

En caso afirmativo por favor detallar SI NO

6. Parte de sus Servicios Profesionales se presta en el exterior (En caso afirmativo por favor indicar país y porcentaje).

SI NO País %

7. Indicar el total de facturación actual y estimado de ingresos brutos / honorarios:

ACTIVIDADES	PAÍS	FACTURACIÓN ACTUAL	FACTURACIÓN PRÓXIMOS 12 MESES

PROCEDIMIENTOS INTERNOS

1. La Compañía cuenta con algún tipo de certificación respecto al Control de Calidad:

SI NO Especificar

2. ¿La Compañía utiliza al momento de prestar sus Servicios Profesionales algún contrato proforma? En caso afirmativo, ¿es revisado por asesores legales?

SI NO

3. La Compañía ¿tiene procedimientos claros para que ninguna transferencia, pagos o autorizaciones sean llevadas a cabo por una sola persona?:

SI NO

4. La Compañía ha sufrido hechos dolosos o deshonestos por parte de sus Directores, Gerentes o empleados? En caso afirmativo especificar.

SI NO

5. La Compañía ¿solicita referencias al momento de realizar contrataciones?

SI NO

INFORMACIÓN ACERCA DE RECLAMOS

1. ¿Tuvo lugar en los últimos 3 años o está pendiente en la actualidad algún tipo de Reclamo, acción, investigación contra la Compañía o cualquiera de sus empleados alegando errores, omisiones o negligencia en la prestación de los servicios profesionales detallados en el punto 2?

SI NO

2. La Compañía o alguno de sus empleados ¿tienen conocimiento de algún error, omisión negligencia que pudiese derivar en un Reclamo, acción, investigación cubierto bajo la póliza de Responsabilidad Civil Profesional?

SI NO

SUPLEMENTO 1): ABOGADOS

1. Por favor especifique la distribución aproximada de sus Servicios Profesionales según la actividad (en porcentaje):

FUSIONES Y/O ADQUISICIONES	%	DERECHO ADMINISTRATIVO	%
PATENTES Y MARCAS	%	DERECHO INTERNACIONAL	%
QUIEBRAS	%	DAÑOS Y PERJUICIOS	%
DERECHO DE FAMILIA (SEPARACIONES, DIVORCIOS, ALIMENTOS, ETC.)	%	DERECHO FINANCIERO (BANCOS, SEGUROS, MERCADO DE CAPITAL)	%
ASESORAMIENTO A BANCOS O EMPRESAS QUE COTICEN EN BOLSA	%	DERECHO LABORAL	%
DERECHO PENAL	%	OTROS	%
DERECHO TRIBUTARIO	%	TOTAL	% 100

2. La Compañía ¿tiene corresponsables en el país y/o en el extranjero?

SI NO Especificar

3. Por favor especificar los 5 mayores clientes con su respectiva facturación:

CLIENTE	SERVICIOS PROFESIONALES BRINDADOS	FACTURACIÓN

4. ¿Acepta alguna otra responsabilidad que no esté bajo la jurisdicción de los tribunales argentinos ? Detalle esta información.

SI NO

5. ¿Se da algún trabajo a subcontratados o personal externo a la Firma?

SI NO

6. Suma a Asegurar solicitada:

Deducible:

FIRMA
 ACLARACIÓN:
 PUESTO QUE OCUPA EN LA FIRMA:
 FECHA:

La presente declaración realizada por el Asegurado forma parte integral de la póliza a emitirse por la Aseguradora y se considera que todos los datos son exactos para la aceptación del riesgo por parte de Berkley International Seguros S.A.; Cualquier inexactitud en la información proporcionada por el Asegurado puede dar lugar a la rescisión del contrato de seguros.