

PARA COMPLETAR POR LA EMPRESA (en adelante el Tomador)

1. Razón Social _____
2. Nombre Comercial o de Fantasía del Tomador _____
3. Domicilio _____
4. Rubro o Actividad Comercial _____
5. Fecha de Constitución Número de Registro I.G.J. _____
6. Número de C.U.I.T.: Condición Fiscal: _____
7. Antigüedad Ininterrumpida del Tomador _____
8. CIIU (Código Internacional Industrial Uniforme) _____
9. Durante los últimos 5 (cinco) años:
 - a. ¿Se ha modificado el nombre del Tomador? Si__ No__
 - b. ¿Se ha llevado a cabo alguna fusión o adquisición? Si__ No__
 - c. ¿Se ha modificado la estructura o composición del Capital? (aclarar si corresponde) Si__ No__
10. ¿Tiene conocimiento de alguna Adquisición, Oferta o Fusión, pendiente o bajo análisis? Si__ No__
11. ¿Tiene conocimiento de alguna propuesta relativa a su Adquisición o Fusión? Si__ No__
12. ¿Tiene el Tomador la intención de realizar alguna oferta pública de títulos y/o valores dentro del próximo año? Si__ No__
13. ¿Cuenta el Tomador con un Departamento de Auditoría Interna? (En caso afirmativo indicar la periodicidad con que se realizan las mismas) Si__ No__
14. Indicar si el La Empresa Tomadora es:
 - a. Privada Si__ No__
 - b. Estatal Si__ No__
 - c. Publica Si__ No__
 - d. Cotiza en la Bolsa de valores de Buenos Aires Si__ No__
 - e. 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) Si__ No__
15. Sírvase Indicar
 - a. Cantidad de Accionistas _____
 - b. Porcentaje de Capital Accionario en poder de Directores y Gerentes (tanto directas como en fideicomiso) _____
 - c. 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) _____

16. Suministre detalles sobre cualquier cambio respecto del listado de Directores y Funcionarios presentado en la última Memoria y Balance del Tomador _____

17. ¿Tiene el Tomador o cualquiera de sus Directores o Funcionarios cobertura de seguros vigente de Responsabilidad de Directores y Funcionarios en vigencia? Si__ No__
En caso afirmativo, especifique (en caso de ser necesario hágalo en hoja aparte):
 - a. Asegurador _____
 - b. Suma Asegurada _____
 - c. Fecha de Vigencia (desde - hasta) _____
 - d. Fecha de Retroactividad _____
18. ¿Alguna vez algún Asegurador le ha denegado una propuesta de seguros o le ha cancelado o rehusado renovar un Seguro de Responsabilidad de Directores y Funcionarios?

(Si la respuesta es afirmativa suministre detalles)

Si__ No__

19. ¿Durante los 12 últimos meses algún Director y/o Gerente ha renunciado o ha sido reemplazado?
(Si la respuesta es afirmativa suministre detalles)

Si__ No__

20. ¿Durante los últimos cinco años ha cambiado su firma de auditores externos?
(Si la respuesta es afirmativa indique el motivo)

Si__ No__

21. ¿Prevé remover o reemplazar sus auditores externos durante los próximos 12 meses?
(Si la respuesta es afirmativa indique el motivo)

Si__ No__

22. ¿Sus auditores externos han aprobado todas sus prácticas de reconocimiento de ingresos?
(Si la respuesta es negativa proporcionar detalles)

Si__ No__

23. ¿El Tomador o alguno de sus Directores y/o Funcionarios tiene participaciones en alguna sociedad o Entidades para Fines Especiales? (Si la respuesta es afirmativa suministre detalles)

Si__ No__

24. ¿Alguna vez el Tomador ha efectuado el revalúo contable de sus resultados financieros?
(Si la respuesta es afirmativa suministre detalles)

Si__ No__

25. ¿El Tomador prevé tener que efectuar un cargo único significativo contra sus beneficios, o un revalúo contable de sus beneficios, dentro de los próximos 12 meses?
Nota: Todo lo que surja de ellos se excluirá de la cobertura de Póliza

Si__ No__

26. ¿Cuenta el Tomador con políticas corporativas respecto a la capacidad de Directores, Funcionarios y empleados para adquirir o vender el capital accionario de el Tomador, incluyendo la capacidad de ejercer opciones a acciones?

Si__ No__

27. 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	FUNCION O CARGO	PROFESION	EXPERIENCIA en cargos similares	ANTIGÜEDAD en la EMPRESA

29. INFORMACION DE SUSCRIPCIÓN

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

- MEMORIA Y BALANCE (últimos 3 ejercicios)
- ESTATUTO SOCIAL

30. INFORMACION SOBRE RECLAMOS (Las siguientes preguntas deben ser respondidas por el Tomador)
- a. ¿Ha habido reclamos contra algún Director o Funcionario anterior o actual de el Tomador?
(En caso afirmativo suministrar detalles). Si__ No__
- b. ¿Se tiene conocimiento, de alguna circunstancia o incidente que pueda dar lugar a un futuro reclamo? (En caso afirmativo suministrar detalles) Si__ No__
- c. ¿En los últimos 5 años han recibido demandas laborales? (En caso afirmativo, informar fechas, montos, motivos de las demandas y estado actual de las mismas) Si__ No__
- d. ¿Si la pregunta anterior fue positiva informar específicamente en cuales de esos litigios han sido codemandados Directores y/o Gerentes de la Empresa
- e. ¿Ha habido en los últimos 3 años aplicación de multas y/o sanciones a los Directores y/o Gerentes? (En caso afirmativo, indicar el motivo de las mismas y el monto en cuestión) Si__ No__
31. SUMA ASEGURABLE
Indique Moneda y Suma Asegurable requerida:_____
32. COBERTURA SOLICITADA
- A: Directores y Gerentes exclusivamente Si__ No__
- A+B: Directores y Gerentes más Reembolso al Tomador Si__ No__
- Adicional de Responsabilidad por Reclamos Laborales (hasta un sub-límite del 10% de la suma asegurada) Si__ No__
33. RESPONSABILIDAD POR PRACTICAS LABORALES
- a. ¿El Tomador tiene Departamento de Recursos Humanos? Si__ No__
- b. En caso afirmativo indicar cantidad de empleados del Dto. de RRHH _____
- c. En caso negativo indicar quien cumple dichas funciones _____
- _____
- d. ¿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? Si__ No__
- Cantidad de Empleados _____
- Cantidad de Funcionarios _____
34. ¿La Empresa cuenta con un manual de recursos humanos o lineamientos de gestión equivalentes por escrito? (en caso afirmativo adjuntar copia) Si__ No__
35. Marcar con X el casillero si el manual / los lineamientos incluyen una política o procedimiento a seguir respecto de los siguientes casos
- | | |
|--|--------------------------|
| Solicitud de Empleo por Escrito | <input type="checkbox"/> |
| Discriminación prohibida por ley | <input type="checkbox"/> |
| Cumplimiento de Leyes | <input type="checkbox"/> |
| Cesantías, finalización del empleo y jubilación temprana | <input type="checkbox"/> |
| Evaluaciones/ revisiones en relación con los Empleados | <input type="checkbox"/> |
| Tratamiento confidencial de los exámenes médicos | <input type="checkbox"/> |
| Acoso Sexual | <input type="checkbox"/> |
| Medidas disciplinarias para empleados | <input type="checkbox"/> |
| Servicios de orientación laboral para empleados despedidos | <input type="checkbox"/> |
36. ¿El Tomador cuenta con un manual para empleados que se distribuya a todos ellos?
En caso afirmativo, adjuntarlo a esta propuesta. Sí__ No__
37. Marcar con X los casilleros correspondientes si las decisiones respecto de estos hechos son siempre objeto de revisión previa por parte del departamento de recursos humanos, el departamento legal del Tomador, o

un asesor legal externo.

Las decisiones individuales son siempre revisadas por:	RRHH	LEGALES	Asesor Legal Externo
a. Solicitud de empleo por escrito			
b. Tratamiento confidencial de los exámenes médicos			
c. Discriminación prohibida por ley			
d. Acoso sexual			
e. Cumplimiento de normas legales			
f. Medidas disciplinarias para empleados			
g. Cesantías, finalización de empleo y jubilación temprana			
h. Servicios de orientación laboral para empleados despedidos			
i. Revisiones/ evaluaciones de empleados			

38. ¿El Tomador está llevando a cabo despidos de empleados o jubilaciones tempranas actualmente, o prevé llevarlos a cabo en los próximos 12 meses (incluyendo aquellos que resulten de cualquier tipo de reestructuración, o cierre de oficinas, planta o locales)? En caso afirmativo, adjuntar detalles completos. Si — No —

39. Suministrar adjunto detalles completos de todos los reclamos por Despidos, discriminación y acoso sexual efectuados contra la Empresa o cualquiera de sus Directores y Gerentes durante los últimos cinco años, incluyendo el monto de las sentencias o conciliaciones y los gastos de defensa, Si no ha habido ningún reclamo, marcar con X Ninguno

40. Suministrar adjunto detalles completos de todas las auditorías, investigaciones, presentaciones de quejas u otras audiencias administrativas presentadas previamente o pendientes actualmente ante cualquier entidad local o gubernamental que controle la responsabilidad patronal respecto de los empleados

SALVO PACTO EN CONTRARIO la firma de esta propuesta no obliga al TOMADOR a la CONTRATACIÓN del seguro, PUDIENDO HACERLO O NO LUEGO DE EVALUAR LA OFERTA RECIBIDA

INFORMACION FALSA: En caso de que el solicitante (Tomador), dolosamente y con la intención de defraudar a alguna empresa aseguradora ó a otra persona, presente una solicitud de póliza de seguros que contenga información falsa u oculte, con el fin de conducir a conclusiones erróneas, información respecto a los hechos relevantes aquí señalados, la Empresa Aseguradora considerará nulo el contrato conforme al Art. 5 de la Ley 17.418.

DECLARACIONES Y FIRMAS: El suscripto manifiesta que a su leal saber y entender tiene conocimiento de que las declaraciones contenidas en este instrumento son verdaderas. Aún cuando la firma de esta solicitud no obliga ni vincula al firmante en nombre de la Empresa ó de los Asegurados a contratar un seguro, el suscrito reconoce que esta solicitud y sus anexos serán la base del contrato correspondiente, y de contratarse la Póliza, formará parte integrante de la misma.

DECLARACION JURADA

El que suscribe, declara y garantiza por el presente, que las afirmaciones anteriores y demás particulares están completas en todos los aspecto 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 reticencia, 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 se está 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 notificados, o a las notificaciones que se hagan al Asegurador de esos reclamos, relativos a las acciones u omisiones que se hayan 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 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, y siempre que se haya contratado al inicio de la vigencia, me será concedida cobertura automática para los reclamos que sean presentados, desde el vencimiento o no renovación de la póliza, hasta la cantidad de años contratados como PED (Período Extendido de Denuncia de Siniestros)
5. Que en el caso de no haber comprado al inicio de la vigencia un Período Extendido de Denuncias (PED), el asegurador podrá otorgar, a requerimiento del asegurado y/o tomador, un PED de 2 ó 3 años a partir del vencimiento y no renovación, mediante la emisión de un Endoso, cuyo costo estará a cargo del Asegurado y/o Tomador, el que será de un máximo de 75 % ó 100 % respectivamente del costo de la última póliza vigente

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

Fecha

Firma

Cargo