**CUESTIONARIO SEGURO RIESGOS CIBERNÉTICOS**

**Sección A: Datos del Solicitante**

Información del Solicitante (Tomador del Seguro):

1. Nombre del Solicitante:
2. C.I.F.
3. Dirección del Solicitante:

C. Postal­­­­­­: Población: ­­­

1. Descripción de la Actividad de negocio (incluyendo la del Tomador del Seguro y Filiales):
2. Facturación (incluyendo la del Tomador del Seguro y Filiales):
3. ¿Realiza parte de su actividad y/o tiene filiales en Estados Unidos y/o Canadá?

**Sección B: Declaración del Riesgo**

|  |  |
| --- | --- |
| **Habiendo previamente realizado las oportunas averiguaciones dentro de la organización del solicitante del seguro (tomador de seguro y sus filiales), por favor responda a la siguiente declaración de riesgo y de siniestralidad.** |  |
| 1. ¿Tiene instalado un programa antivirus / antimalware actualizado en todos los sistemas y equipos, y dispone de firewalls en todas las conexiones de red a redes externas? | SI o NO o |
|  |  |
| 2. ¿Dispone de un sistema de autenticación previo para el acceso a los sistemas informáticos (usuario y contraseña) con obligación de cambiar la contraseña periódicamente? | SI o NO o |
| 3. ¿Realiza usted copias de seguridad con una periodicidad de al menos cada 7 días y las guarda en sistemas o soportes de datos separados? | SI o NO o |
| 4. ¿Procesa, almacena o transfiere menos de 100.000 registros personales (información relativa a una persona física) anualmente? | SI o NO o |
| 5. Confirma que **NO** desarrolla actividades (ni total ni parcialmente), dentro de los siguientes sectores: Servicios públicos (gas, luz, telefonía, internet, agua, etc.), Telecomunicaciones, Servicios de tecnología de la información, Institución Financiera, Recobro, Outsourcing, Sanidad, Juegos de Azar, Sitios web intercambio de archivo, o contratistas de la administración pública en seguridad y defensa. | SI o NO o |
| 6. Confirma que NO tiene conocimiento de hechos, circunstancias o incidentes de acceso no autorizado a cualquier equipo, sistema informático, base de datos, intrusión o ataques, la denegación de acceso o uso a cualquier equipo o sistema, interrupción intencional, corrupción o destrucción de datos, programas o aplicaciones, cualquier caso de extorsión cibernética; o cualquier otro incidente similar a los anteriores incluyendo los que han dado lugar a una reclamación, acción administrativa, o procedimiento regulatorio. | SI o NO o |
|  | |

**Sección C: Capital Asegurado**

**Indique el límite de indemnización solicitado.**

€ 100.000 € 150.000

**Sección D: Declaración de circunstancias**

Ahora informados, declaramos que las respuestas efectuadas en este documento son exactas y que no hemos omitido ni suprimido ningún hecho voluntariamente. Las declaraciones así comunicadas podrán servir como base para suscripción de póliza de seguro de Riesgos Cibernéticos. También nos comprometemos a informar al Asegurador de cualquier modificación que podría ocurrir desde este día hasta la fecha de entrada en vigor de la póliza de seguro.

Estamos de acuerdo que este cuestionario, junto con cualquier otra información suministrada será la base de cualquier contrato de seguro. Acepto informar al Asegurador a la mayor brevedad posible y por escrito de cualquier alteración de los hechos ocurrido una vez formalizado el contrato de seguro.

En representación del Tomador del Seguro,

Nombre:

Cargo:

Fecha:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, GLOBALFINANZ GESTIÓN CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L., domiciliado en la calle Núñez de Balboa 114, 3º, Ofic. 18, 28006 de Madrid, le informa que los datos que nos ha proporcionado formarán parte de un fichero de datos de carácter personal, responsabilidad de dicha entidad, con la finalidad de gestionar su solicitud, y en su caso, remitirle información comercial y publicitaria sobre nuestros productos y servicios referidos al ámbito de los seguros a través de cualquier medio, incluidos los electrónicos. Si no autoriza el tratamiento de sus datos con esta última finalidad le rogamos nos lo comunique en el plazo de 30 días.

En este sentido, autoriza expresamente a Globalfinanz, Consultoría de Riesgos y Correduría de Seguros, el tratamiento de los datos de carácter personal que pudieran ser recabados durante la gestión de su solicitud, con la finalidad de gestionarla.

Para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación reconocidos por la legislación vigente, dirija una comunicación a la dirección indicada anteriormente a los referidos efectos, adjuntando copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente.

Informado y conforme con lo expuesto, con la siguiente firma se concede a Globalfinanz el consentimiento expreso.

FECHA:

En caso de persona física en nombre propio:

Nombre y Apellidos:

DNI:

En caso de persona jurídica en representación de:

Razón Social:

CIF: