

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA SOCIEDADES MULTIDISCIPLINARES

1. Tomador / Asegurado

Nombre de la empresa (y, en su caso, de sus sucursales): _____

CIF: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo-e: _____

Nacionalidad: _____ Persona de contacto: _____

En caso de domiciliación, es necesario que cumplimente la orden de domiciliación de adeudo incluida al final de esta solicitud.

2. Fecha de efecto

De _____
(A las 0 horas)

3. Indicar fecha desde la cual ejerce la actividad la empresa: ____/____/____

4. Facturación

a. De la empresa tomadora del seguro.

Último ejercicio cerrado: _____ €

Estimación ejercicio actual: _____ €

b. De todos los socios que actúen como profesional liberal:

Último ejercicio cerrado: _____ €

Estimación ejercicio actual: _____ €

5. Identificación de los socios de la empresa y su titulación:

Nº DE SOCIOS: _____				
NOMBRE Y APELLIDOS	% PARTICIPACIÓN	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SI/NO)
	%			
	%			
	%			

En caso de que no sea suficiente el espacio para facilitar la información requerida, adjunte anexo con dicha información.

6. Información sobre colaboradores externos que trabajan bajo el ámbito de actuación de la empresa solicitante, mediante contrato:

Nº DE COLABORADORES QUE ACTÚEN POR CUENTA DE LA SOCIEDAD: _____				
NOMBRE Y APELLIDOS	% PARTICIPACIÓN	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SI/NO)
	%			
	%			
	%			

En caso de que no sea suficiente el espacio para facilitar la información requerida, adjunte anexo con dicha información.

7. Información sobre actividad:

7.1. Descripción completa de las actividades que desarrolla la empresa.

7.2. Desglose de actividad.

ACTIVIDAD	PORCENTAJE (%)	DESGLOSE DE FACTURACIÓN		
		Último ejercicio cerrado	Ejercicio en curso	Estimación próximo ejercicio
Diseño y realización de proyectos de edificación y urbanismo	%			
Cálculo de estructuras	%			
Dirección de obra	%			
Tasaciones y/o peritaciones	%			
Gestión integral de proyectos Project Management	%			
Deslindes, mediciones y replanteos	%			
Coordinación Seguridad y Salud	%			
Desarrollos modelos BIM	%			
Otras actividades (por favor aporte desglose)	%			

100 %

7.3. ¿Desea renunciar a la cobertura de Coordinación en Materia de Seguridad y Salud tanto para las intervenciones profesionales ya realizadas, como para presentes y futuras intervenciones profesionales?

SÍ NO

8. ¿Ha tenido reclamaciones de responsabilidad civil en los últimos cinco años?

SÍ NO

(En caso afirmativo aporte detalles)

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO/RECLAMACIÓN	FECHA	IMPORTE RECLAMADO	PAGO EFECTUADO
	/ /		
	/ /		
	/ /		

9. ¿Existe(n) otro(s) hecho(s) o circunstancia(s) que razonablemente pueda(n) dar lugar a una reclamación por negligencia profesional?

SÍ NO

(En caso afirmativo aporte detalles)

10. ¿Disponen los técnicos ejercientes (socios, técnicos en plantilla y técnicos colaboradores por cuenta de la empresa) de algún seguro a nivel individual de responsabilidad civil profesional?

SÍ NO

En caso afirmativo, por favor, indicar para cada uno de los técnicos, compañía de seguros y sumas aseguradas contratadas.

TÉCNICOS EJERCIENTES	COMPAÑÍA DE SEGUROS	SUMA ASEGURADA CONTRATADA

11. ¿Ha tenido o tiene la empresa algún seguro de responsabilidad civil profesional?

SÍ NO

En caso afirmativo, por favor, indicar:

¿En qué compañía? _____

Sumas aseguradas _____

Motivo de anulación _____

12. Indicar suma asegurada solicitada:

300.000 € 600.000 € 900.000 € 1.200.000 € 1.500.000 € 3.000.000 €

13. La póliza de seguro de responsabilidad civil profesional cubre las reclamaciones durante la vigencia de la póliza por actuaciones profesionales realizadas por la sociedad, por los socios y empleados por cuenta de la misma, a partir de la fecha que se señale a continuación:

Opción A) Retroactividad Ilimitada

Opción B) Desde la fecha de efecto de la póliza

14. Coberturas opcionales (de contratación voluntaria):

R.C. Explotación actividad promoción/construcción principal de inmuebles. Indique volumen de facturación de esta actividad _____

Indicar suma asegurada solicitada: 300.000 € 600.000 € 900.000 € 1.200.000 €

R.C. Profesional por la participación del asegurado en uniones temporales de empresas (UTE).

R.C. Profesional de autónomos o colaboradores que actúen por cuenta de la sociedad. Indique quiénes:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SI/NO)

R.C. Profesional de técnicos asalariados por trabajos fuera del ámbito de la sociedad tomadora. Indique quiénes:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SI/NO)	FECHA RETROACTIVA

R.C. Profesional de socios y/o técnicos asalariados que hayan dejado de tener dicha condición. Indique quiénes:

NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SI/NO)

Las comunicaciones que Musaat, Mutua de Seguros a Prima Fija, realice al tomador en relación a su póliza de seguro que tenga contratada con la Mutua, se efectuaran a la dirección de correo electrónico facilitado o designado por el tomador de la póliza.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija NIF V-28865855, calle Jazmín nº66, 28033-Madrid, correo electrónico en materia de protección de datos personales: atencionlopd@musaat.es, correo electrónico de contacto con el Delegado de Protección de Datos: dpd@musaat.es
Finalidad	Suscripción y ejecución de un contrato de seguro; llevar a cabo el mantenimiento, desarrollo y control de la relación contractual; la gestión propia de la actividad aseguradora; la valoración y delimitación del riesgo; la prevención e investigación del fraude; la gestión de siniestros; cualesquiera otras obligaciones determinadas por la legislación aplicable. La información requerida es imprescindible para dicha finalidad
Legitimación	Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradora
Destinatarios	Se prevé la cesión de sus datos personales a entidades y corporaciones del Grupo MUSAAT, así como a entidades aseguradoras, reaseguradoras, compañías de asistencia, peritos, abogados, procuradores y otras personas/entidades que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la tramitación de la póliza y de sus siniestros. De igual modo y cuando así lo requiera la ley, sus datos podrán ser cedidos al Organo de la Administración competente, incluida la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano supervisor y de control de la actividad aseguradora, así como a organismos públicos relacionados con el sectorasegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude y del blanqueo de capitales. No hay previsión de transferencias a terceros países
Derechos	Le informamos de que puede ejercitar gratuitamente sus Derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición y Limitación al tratamiento de sus datos, así como a la portabilidad de los mismos y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Si usted desea ejercitar cualquiera de los derechos enunciados anteriormente, por favor, póngase en contacto con nosotros a través del siguiente correo electrónico: atencionlopd@musaat.es
Información adicional	Si desea más información sobre nuestra política de privacidad, consulte nuestra web: www.musaat.es/protecciondatos

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

EL SOLICITANTE

Cumplimentar en caso de que el tomador sea una persona jurídica:

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____ Cargo: _____

Sociedad y sello: _____

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

DATOS DEL ACREEDOR

Referencia de la orden de domiciliación: _____
 Identificador del acreedor: ES28001V28865855
 Nombre del acreedor: MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija
 Dirección: C/ Jazmín, 66
 Código Postal: 28033
 Población: Madrid
 Provincia: Madrid
 País: España

El pago de la prima se llevará a efecto conforme se determine en las condiciones particulares del seguro correspondiente, bien directamente al acreedor o a través del mediador que figure en la póliza.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad financiera del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad financiera para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad financiera en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre del deudor/es: _____
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección: _____

Código Postal: _____ Población: _____ Provincia: _____

País: _____ Correo-e: _____

Swift BIC:

Cumplimentar en el caso de tratarse de una entidad financiera no española (puede contener 8 u 11 posiciones).

Número de cuenta - IBAN:

En España, el IBAN consta de 24 posiciones, comenzando siempre por ES

Tipo de pago: Pago recurrente o Pago único

Por favor, firme aquí

Firma del deudor

Localidad donde firma: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

**TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA A MUSAAT.**

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

A través del presente y de conformidad con el **REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016**, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, el firmante declara conocer de modo expreso, preciso e inequívoco que los datos facilitados serán tratados por MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, con N.I.F. V-28865855 y domicilio en la calle Jazmín 66, 28033-Madrid, como responsable del tratamiento, con la finalidad de gestionar la adecuada facturación y cobro de los servicios contratados.

La información requerida es imprescindible para la citada finalidad y será mantenida exclusivamente durante el tiempo que sea necesario y para el propósito para la que se recopiló originalmente, de conformidad con la ley aplicable y bajo la aplicación de las correspondientes medidas de seguridad.

Los datos personales podrán ser cedidos a las oportunas entidades financieras con la citada finalidad, así como a los correspondientes asesores legales y auditores de la entidad, y cualesquiera otras cesiones exigidas por la normativa legal aplicable al afecto.

Puede ejercitar gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento de sus datos, así como a la portabilidad de los mismos y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, remitiendo un correo electrónico a la dirección: atencionlopd@musaat.es. Asimismo, si tiene alguna pregunta/cuestión en relación con el tratamiento de sus datos personales, puede ponerse en contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la dirección: dpd@musaat.es.

En el supuesto de que finalmente no esté satisfecho con el uso que hacemos de sus datos personales puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si desea ampliar información sobre nuestra Política de Privacidad, consulte nuestra página web <https://www.musaat.es/politica-de-privacidad>.