

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EMPRESAS DE INSTALACIÓN

1.- TOMADOR / ASEGURADO

D./Dña./Denominación Social: _____
 N.I.F./C.I.F.: _____ Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 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.- DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD

Por favor, señale la opción que corresponda:

☐ Electricidad

☐ Básica

☐ Especialista

☐ Fontanería

☐ Climatización

☐ Calefacción

☐ OTRAS:

☐ Gas

☐ EG-I

☐ EG-II

☐ EG-III

☐ EG-IV

☐ Aparatos a presión

☐ Instalaciones frigoríficas

☐ P. Petrolíferas

☐ Protección contra incendios

3.- CAMPOS DE ACTUACIÓN DE LA EMPRESA

Indicar si las instalaciones son marítimas, si son en puertos, en aeropuertos, en puentes, en túneles, en presas, en minas, en autopistas, en acueductos, en vías férreas o metropolitanas, en edificios residenciales, en edificios industriales, en locales comerciales...

4.- ¿Desde qué año ejerce su actividad? _____

5.- FACTURACIÓN

Último ejercicio cerrado: _____

Estimación ejercicio en curso: _____

6.- NÚMERO DE TRABAJADORES

6.1. Operarios: _____

6.2. Administrativos: _____

7.- VOLUMEN DE LA OBRA QUE SE SUBCONTRATA

7.1.- Indicar el tipo de trabajo que se subcontrata y porcentaje que supone sobre la facturación total: _____

7.2.- ¿Se exige seguro de responsabilidad civil a las empresas subcontratistas? Sí ☐ NO ☐ En caso afirmativo, indique capitales que exige: _____

8.- ¿Se solicita información antes de iniciar las obras a las compañías u organismos correspondientes sobre la localización y situación de conducciones subterráneas? Sí ☐ NO ☐

9.- ¿Ha tenido reclamaciones de responsabilidad civil en los últimos cinco años? Sí ☐ NO ☐

(En caso afirmativo, por favor aporte detalles)

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO / RECLAMACIÓN	FECHA	IMPORTE RECLAMADO	PAGO EFECTUADO

10.- ¿Ha tenido o tiene la empresa y los técnicos algún seguro de responsabilidad civil? Sí ☐ NO ☐

En caso afirmativo indicar:

¿En que compañía? _____

Motivo de anulación _____

Suma asegurada _____

11.- Otros datos que considere de interés para mejor conocimiento del riesgo. _____

12.- SUMAS ASEGURADAS SOLICITADAS

☐ 150.000,00 € ☐ 300.000,00 € ☐ 900.000,00 € ☐ Otras _____

☐ 180.000,00 € ☐ 600.000,00 € ☐ 1.200.000,00 €

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 Reaseguradoras
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 Órgano 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 sector asegurador 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:

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

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.

Nombre del deudor/es:	(titular/es de la cuenta de cargo)
Dirección:	
Código Postal:	
Población:	
Provincia:	
País:	
Correo-e:	

[illegible][illegible]

Tipo de pago: ☒ Pago recurrente o ☐ Pago único

Localidad donde firma:

Fecha:

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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