

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GESTORAS DE COOPERATIVAS

1.-TOMADOR / ASEGURADO

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 DE LA ACTIVIDAD

Gestión para la construcción de viviendas de sociedades cooperativas, de comunidades de bienes y de promociones.

3.- DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD

¿Desde qué año ejerce su actividad? _____

4.- FACTURACIÓN

Último ejercicio cerrado: _____
 Estimación ejercicio en curso: _____

5.- Identificación de los administradores y socios de la entidad:

NOMBRE Y APELLIDOS / DENOMINACIÓN SOCIAL	TITULACIÓN / OBJETO SOCIAL

6.- INFORMACIÓN SOBRE PLANTILLA

6.1.- Número de personas tituladas y su titulación: _____

6.2.- Personal administrativo: _____

7.- ¿Utilizan los servicios de consultores, subcontratistas o personal externo a la compañía? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, por favor indique qué trabajos son los que subcontratan y qué porcentaje suponen del total facturado.

7.1.- ¿Se les exigen a los mismos seguro de responsabilidad civili? ☐ SÍ ☐ NO

8.- ¿Realiza la empresa proyectos o trabajos fuera de España? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, aporte detalle de los países donde haya trabajado la empresa en los últimos cinco años, así como detalle de facturación por país y los principales proyectos o trabajos a llevar a cabo durante este ejercicio y el siguiente.

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.- ¿Existe(n) otro(s) hecho(s) o circunstancia(s) conocida(s) que razonablemente pueda(n) dar lugar a una reclamación por negligencia profesional? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, aporte detalles:

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

En caso afirmativo indicar:

¿En que compañía?

Sumas aseguradas

Motivo de anulación

12.- ¿Existe(n) cualquier otro(s) hecho(s) o circunstancia(s) conocido(s) que pueda(n) afectar a la evaluación del riesgo por el asegurador? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, aportar detalles.

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

14.- SUMAS ASEGURADAS SOLICITADAS

- ☐ 300.000,00 € ☐ 1.200.000,00 €
☐ 600.000,00 € ☐ 1.500.000,00 €
☐ 900.000,00 €

15.- La póliza de seguro de responsabilidad civil cubre las reclamaciones que tengan su origen en su actividad profesional de Gestión de Sociedades Cooperativas de Viviendas, de Comunidades de Bienes y de Promociones para la construcción de viviendas durante la vigencia de la póliza a partir de la fecha que señale a continuación:

- ☐ Opción A) Desde la fecha de efecto de la póliza.
☐ Opción B) Desde la fecha _____

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>.