

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA UNA INTERVENCIÓN CONCRETA

1. TOMADOR / ASEGURADO

D./Dña.: _____
 Dirección: _____
 Población: _____ Teléfono: _____
 C.P.: _____ Nif/Cif/Pasaporte: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
 Correo-e: _____

2. PAGADOR

D./Dña./Denominación Social: _____
 Dirección: _____
 Población: _____
 C.P.: _____ Nif/Cif/Pasaporte: _____

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

3. Suma asegurada(la suma asegurada vendrá fijada por la tipología del riesgo; si el PEM de la obra es inferior a 250.000 € la suma asegurada no puede ser superior a 300.000 €)

150.000 € 300.000 € 600.000 € 1.000.000 € 1.500.000 €

4. ¿Tiene usted póliza en vigor de R.C. profesional que cubra toda su actividad (claims made)? SÍ NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿en qué compañía? _____

¿Qué límite asegurado tiene contratado? _____ €.

Si tiene contratada en MUSAAT su póliza de R.C. Profesional que cubra toda su actividad, ¿desea renunciar a que esta intervención profesional tenga cobertura en dicha póliza, quedando asegurada únicamente a través de la póliza de R.C. por obra, a la que hace referencia esta solicitud de seguro? SÍ NO

En caso afirmativo, esta intervención profesional no se tendrá en consideración para estimar la prima de la siguiente renovación de su póliza de R.C. Profesional individual.

Firma: _____

5. Indique en calidad de qué profesional va a intervenir usted en la obra

a. A/AT/IE SÍ NO b. Arquitecto SÍ NO c. Ingeniero SÍ NO **d. Promotor** SÍ NO e. Sociedad Multidisciplinar SÍ NO

Tipo de intervención: a. Director de obra
 b. Director de ejecución de obra
 c. Coordinador de Seguridad y Salud
 d. Proyectista
 e. Promotor

6. Si actúa como Promotor, enumere a los técnicos que quiere incluir y el tipo de intervención que realizan:

| NOMBRE Y APELLIDOS | DNI | TITULACIÓN | DIRECTOR DE OBRA | DIRECTOR DE EJECUCIÓN DE OBRA | COORDINADOR SEGURIDAD Y SALUD | PROYECTISTA |
|--------------------|-----|------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

DATOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

7. Referencia catastral u otro dato identificativo de la obra _____

8. Descripción de la obra _____

9. Ubicación de la obra (emplazamiento completo) _____

10. PEM de la obra (será necesario conocer el PEM definitivo en el momento de la Fecha Final de Obra) _____ €.

11. Superficie _____ m²

DATOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL**12.** Número de visado _____**13.** Fechas

Fecha de primer visado _____

Fecha del visado del técnico que solicita la póliza _____

Fecha estimada de inicio de obra _____

Duración estimada de la ejecución de la obra _____

14. Porcentaje ejecutado de la obra a día de hoy _____ %**15.** Tipo de obra (marcar sólo uno)

- a. Obra nueva
- b. Ampliación
- c. Reforma o rehabilitación (aporte proyecto)
- d. Refuerzo/Consolidación (aporte proyecto)
- e. Conservación/Mantenimiento
- f. Urbanización
- g. Instalaciones

16. Tipo de construcción (marcar sólo uno)

- a. Vivienda unifamiliar
- b. Vivienda plurifamiliar en altura (aporte proyecto)
- c. Nave
- d. Local
- e. Otra

17. ¿Existe afectación estructural? Sí NO**18.** ¿Existen edificios colindantes? Sí NO En caso afirmativo, facilite la siguiente información:

Distancia a la que se encuentra _____

Antigüedad _____

Aporte protocolo de grietas firmado por técnico competente.

19. ¿Utilizan explosivos? Sí NO En caso afirmativo, indique cuáles: _____**20.** ¿Se solicita información antes de iniciar las obras a las compañías u organismos correspondientes sobre la localización y situación de conducciones subterráneas? Sí NO **RECLAMACIONES****1.** ¿Alguno de los asegurados en la póliza ha tenido reclamaciones de Responsabilidad Civil en los últimos cinco años en?:

En caso afirmativo, por favor, aporte detalles.

- a. Viviendas unifamiliares
- b. Viviendas plurifamiliares o en altura
- c. Otro tipo de construcción

| DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO /RECLAMACIÓN | FECHA | IMPORTE RECLAMADO | PAGO EFECTUADO | NOMBRE DEL TÉCNICO |
|--|-------|-------------------|----------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. ¿Tiene usted conocimiento o sospecha de algún hecho o circunstancia que hubiera ocurrido ya respecto a esta u otra intervención profesional y que pudiera derivar en una reclamación futura contra otros Aparejadores o agentes constructivos? Sí NO

(*) Si no tiene reclamaciones o conocimiento de un error que pueda dar lugar a una reclamación, conteste expresamente NO.

3. Otros datos que considere de interés para mejor conocimiento del riesgo:

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 efectuarán 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 |
| Finalidad | Suscripción y ejecución de un contrato de seguro |
| 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 las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras |
| Destinatarios | Se prevé la cesión de sus datos de carácter personal a entidades y corporaciones del Grupo MUSAAT, así como a otras entidades con las que se firme un contrato de colaboración. No hay previsión de transferencias a terceros países |
| Derechos | Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición, tal y como se explica en la información adicional o segunda capa. También tiene derecho a presentar reclamaciones ante MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, a través de su Servicio de Atención al Cliente |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página 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:

