

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PARA GABINETES TÉCNICOS DE ARQUITECTURA

1.-TOMADOR / ASEGURADO

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

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.- Indicar fecha desde la cual ejerce la actividad la empresa: _____

3.- Facturación de la empresa.

Último ejercicio cerrado: _____.

Estimación ejercicio actual: _____.

4.- Identificación de los administradores y socios de la empresa y su titulación:

ADMINISTRADORES Y SOCIOS				
NOMBRE Y APELLIDOS	% PARTICIPACIÓN	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SÍ/NO)
	%			
	%			
	%			
	%			
	%			
	%			
	%			

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

5.- INFORMACIÓN SOBRE PLANTILLA

5.1.- Personal titulado.

PLANTILLA			
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SÍ/NO)

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

5.2.- Personal no titulado y/o personal administrativo (indicar número de personas): _____

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

COLABORADORES QUE ACTÚEN POR CUENTA DE LA SOCIEDAD			
NOMBRE Y APELLIDOS	DNI	TITULACIÓN	EJERCE PROFESIÓN (SÍ/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.- Campos de actuación de la empresa.

DESGLOSE DE FACTURACIÓN POR CAMPOS DE ACTUACIÓN		
	FACTURACIÓN ÚLTIMO EJERCICIO CERRADO	FACTURACIÓN EJERCICIO EN CURSO
Arquitectura Técnica / Ingeniería Edificación		
Arquitectura		
Otras Ingenierías		
Otros (indicar cuáles)		

7.3.- 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 %			

7.4.- Si la empresa solicitante desarrolla la gestión integral de Proyectos o Project Management, le agradeceríamos que contestara a las siguientes cuestiones.

a) ¿Es el promotor directamente el que contrata al resto de intervinientes en la obra?

SÍ ☐ NO ☐

b) ¿Es su empresa la que contrata al resto de los intervinientes en la obra?

SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, le rogamos que indique:

- Porcentaje que representa dentro de la actividad de Project Management la contratación de la parte técnica (proyecto, dirección de obra, estudios geotécnicos asistencia técnica,...) _____%

- Porcentaje que representa dentro de la actividad de Project Management la contratación de la parte de ejecución e instalación _____%
Le rogamos adjunten modelo de contrato tipo.

8.- INFORMACIÓN SOBRE PROYECTOS Y TRABAJOS REALIZADOS

8.1.- ¿Hay un sólo cliente o contrato generado por encima del 20% de la facturación del solicitante durante el último año fiscal?

SÍ ☐ NO ☐ En caso afirmativo, por favor, aporte detalles.

8.2.- Descripción de los proyectos o trabajos más importantes desarrollados en los últimos años: _____

8.3.- ¿Tiene el solicitante o alguno de los socios algún interés financiero en cualquiera de los proyectos para los que el solicitante o alguno de sus socios ha otorgado sus servicios profesionales?

SÍ ☐ NO ☐ En caso afirmativo, por favor, aporte detalles.

9.- Indique los tipos y porcentajes de trabajo que el solicitante subcontrata a otros: _____

10.- ¿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.

11.- ¿Dentro de la actividad de la empresa se incluyen labores de coordinador de seguridad y salud según el Real Decreto 1627/1997 de 24 de octubre, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción? SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, por favor, aporte detalles e indicar porcentaje sobre el volumen total de facturación de la empresa. _____

12.- ¿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

13.- ¿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, por favor, aporte detalles: _____

14.- ¿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: _____

15.- ¿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 _____

16.- ¿Existe otro hecho o circunstancia conocido por el solicitante que pueda afectar a la evaluación del riesgo por parte del asegurador y/o que pueda considerar de interés para un mejor conocimiento del riesgo? ☐ SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, por favor, aporte detalles. _____

17.- Indicar suma asegurada solicitada: ☐ 300.000 € ☐ 600.000 € ☐ 900.000 € ☐ 1.200.000 € ☐ 1.500.000 €
☐ 2.000.000 € ☐ 2.500.000 € ☐ 3.000.000 €

18.- La póliza de seguro de responsabilidad civil profesional cubre las reclamaciones durante la vigencia de la póliza por actuaciones profesionales realizadas 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>.