

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. Profesional de la SÍ NO **Arquitectura Técnica** b. Arquitecto SÍ NO c. Ingeniero SÍ NO d. Promotor SÍ NO e. Sociedad SÍ NO **Multidisciplinar**

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 o Sociedad Multidisciplinar, 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 (en meses) _____

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 Profesionales de la Arquitectura Técnica 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:

FORMA DE PAGO

- Anual
- Financiación (a través de Bankinter en 12 plazos sin intereses. Gastos de apertura: 1%, repartidos en todas las cuotas)

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:

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)
 NIF/CIF/Pasaporte: _____
 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 y consentir 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, junto con la copia de su DNI, 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>.