

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA SOCIEDADES MULTIDISCIPLINARES

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.

a) De la empresa tomadora del seguro.

Último ejercicio cerrado: _____ €

Estimación ejercicio actual: _____ €

b) De todos los socios que actúen como profesional liberal:

Último ejercicio cerrado: _____ €

Estimación ejercicio actual: _____ €

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

Nº DE SOCIOS: _____

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

Nº DE ADMINISTRADORES: _____

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.

Nº DE 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.

Nº DE 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
Profesional de la Arquitectura Técnica		
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 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.

7.5.- ¿Desea renunciar a la cobertura de Coordinación en Materia de Seguridad y Salud tanto para las intervenciones profesionales ya realizadas, cómo para presentes y futuras intervenciones profesionales? SÍ NO

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

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

10.- ¿Realiza la empresa proyectos o trabajos fuera de España, Andorra y Portugal? 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.- ¿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

12.- ¿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:

13.- ¿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

14.- ¿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 _____

15.- ¿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 considerarse de interés para un mejor conocimiento del riesgo? SÍ NO

En caso afirmativo, por favor, aporte detalles:

16.- Indicar suma asegurada solicitada: 300.000 € 600.000 € 900.000 € 1.200.000 € 1.500.000 € 3.000.000 €

17.- La póliza de seguro de responsabilidad civil profesional cubre las reclamaciones durante la vigencia de la póliza por actuaciones profesionales realizadas por la sociedad, por los socios y empleados por cuenta de la misma, a partir de la fecha que se señale a continuación:

Opción A) Retroactividad Ilimitada.

Opción B) Desde la fecha de efecto de la póliza.

Opción C) Desde la fecha: _____

18.- Coberturas opcionales (de contratación voluntaria):

R.C. Explotación actividad promoción/construcción principal de inmuebles. Indique volumen de facturación de esta actividad _____ Indicar suma asegurada solicitada: 300.000 € 600.000 € 900.000 € 1.200.000 €

R. C. Profesional por la participación del asegurado en uniones temporales de empresas (UTE).

R.C. Profesional de autónomos o colaboradores que actúen por cuenta de la sociedad. Indique quiénes:

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

R.C. Profesional de técnicos asalariados por trabajos fuera del ámbito de la sociedad tomadora. Indique quiénes:

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

R.C. Profesional de socios y/o técnicos asalariados que hayan dejado de tener dicha condición. Indique quiénes:

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

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 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:

