

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA UNA INTERVENCIÓN CONCRETA LOE

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 €)
Límite asegurado por siniestro y duración de la póliza :

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 la respuesta a la pregunta anterior es MUSAAT, y actúa como técnico tomador del seguro y asegurado en la contratación de este nuevo seguro, en caso de que desee rehusar de la cobertura contratada en su póliza de Responsabilidad Civil Profesional individual, deberá remitir firmado documento de DECLARACIÓN DE RENUNCIA anexo a esta solicitud.

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

- ☐ a. Profesional de la Arquitectura Técnica
☐ b. Arquitecto
☐ c. Ingeniero
☐ d. Promotor
☐ e. Sociedad Multidisciplinar

6. Tipo de intervención:

- ☐ a. Director de obra
☐ b. Director de ejecución de obra
☐ c. Coordinador de Seguridad y Salud
☐ d. Estudio de Seguridad y Salud
☐ e. Proyectista
☐ f. Promotor

7. 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	ESTUDIOS SEGURIDAD Y SALUD
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

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

DATOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

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

9. Descripción de la obra _____

10. Ubicación de la obra (emplazamiento completo) _____

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

12. Superficie _____ m2

DATOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

13. Fechas

Fecha de inicio de obra _____
Duración de la ejecución de la obra (en meses) _____
(Deberá comunicar a Musa at cualquier paralización 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

RECLAMACIONES

18. ¿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

19. ¿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.

20. 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:

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)
NIF/CIF/Pasaporte:	
Dirección:	
Código Postal:	
Población:	
Provincia:	
País:	
Correo-e:	

[illegible]

(puede contener 8 u 11 posiciones).

[illegible]

En España, el IBAN consta de 24 posiciones, comenzando siempre por ES

Por favor, firme aquí

Localidad donde firma

Fecha:

Firma del deudor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA A MUSAAT.

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 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, 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>.

DECLARACIÓN DE RENUNCIA

(Anexo a Solicitud de Seguro de Responsabilidad civil Profesional para una intervención Concreta LOE)

Por la presente DECLARO que tengo contratada en Musaat póliza de R.C. Profesional Nº _____ que cubre toda mi actividad y deseo de renunciar a que la Intervención descrita a continuación tenga cobertura en dicha póliza, quedando asegurado únicamente a través de la póliza de R.C. Profesional para intervención concreta LOE:

Descripción de la obra:

Emplazamiento:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____

FIRMA: