

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA TÉCNICOS DE LA ADMINISTRACIÓN

1. DATOS GENERALES

Nombre de la Admón. Solicitante: _____
CIF: _____ Domicilio principal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____
Persona de contacto: _____ DNI: _____ Correo-e: _____

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

2. INFORMACIÓN DE LOS TÉCNICOS Y DE LA ACTIVIDAD OBJETO DE SEGURO

2.1. Número total actual de técnicos de la administración solicitante y previsión para el cierre de la anualidad _____

2.2. Indique nombre, DNI, Titulación, fecha de inicio de actividad profesional y relación con la administración de los técnicos para los que solicita el seguro.

Nombre	DNI	Titulación	Fecha inicio de actividad	Relación con la administración
				☐ Funcionario ☐ Contrato laboral
				☐ Funcionario ☐ Contrato laboral
				☐ Funcionario ☐ Contrato laboral
				☐ Funcionario ☐ Contrato laboral
				☐ Funcionario ☐ Contrato laboral

2.3. Indique las actividades desarrolladas por los técnicos para los cuales solicita el seguro.

- ☐ Diseño y realización de proyectos técnicos
- ☐ Dirección de obra
- ☐ Realización de informes de tasación, peritación, ITE's, certificación energética
- ☐ Realización de estudios de patología y rehabilitación
- ☐ Deslindes, mediciones y replanteos
- ☐ Cálculo de estructuras
- ☐ Trabajos relacionados con el medio ambiente
- ☐ Coordinaciones en materia de seguridad y salud
- ☐ Otras: _____

2.4. Indique los campos de actuación en los que intervienen los técnicos.

- ☐ Edificación y urbanismo
- ☐ Túneles, puentes y carreteras
- ☐ Puertos y aeropuertos
- ☐ Otras: _____

3. VOLUMEN DE OBRA

3.1. Volumen de obra intervenida.

Volumen de obra del último ejercicio cerrado _____ Estimación del volumen de obra del ejercicio en curso _____

4. RECLAMACIONES

4.1 ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional de alguno de sus técnicos en los últimos 5 años, o conoce algún hecho que puede dar lugar a una reclamación? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, facilitar causa e importe, en su caso, de lo reclamado, pagos efectuados, situación actual y nombre del técnico al que se le ha reclamado.

5. SEGUROS

5.1 ¿Tienen actualmente los técnicos para los que solicita cobertura seguro de Responsabilidad Civil Profesional? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, rogamos especifique:

a) Nombre del Asegurador:

b) Límite de Indemnización:

c) Prima:

d) Franquicia:

e) Fecha de vencimiento de la póliza:

f) Motivo de rescisión:

5.2. Indique el/los límite/s de indemnización sobre el que desea recibir cotización:

- ☐ 1.000.000 € por siniestro.
- ☐ 2.000.000 € por siniestro.
- ☐ 3.000.000 € por siniestro.

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

Fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Si desea ampliar información sobre nuestra Política de Privacidad, consulte nuestra página web <https://www.musaat.es/politica-de-privacidad>.