

## Solicitud de seguro

# Responsabilidad Civil General

## Berkley Instaladores y montajes

### 1. Tomador

Nombre/razón social \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Fecha constitución sociedad \_\_\_\_\_

Domicilio social \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad y provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nombre y apellido persona contacto \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### 2. Descripción de la actividad

Descripción de la actividad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Año inicio de la actividad: \_\_\_\_\_

#### Campos de especialización (señale las actividades que realiza):

Fontanería y ACS	GAS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> BC
Térmicas	Productos petrolíferos	<input type="checkbox"/> CAT. 1 <input type="checkbox"/> CAT. 2 <input type="checkbox"/> CAT. 3
	Aparatos a presión	<input type="checkbox"/> CAT. IP1 <input type="checkbox"/> CAT IP2
	Electricidad	<input type="checkbox"/> CAT. Básica <input type="checkbox"/> CAT. Especialista <input type="checkbox"/> Alta tensión
Telecomunicaciones		
Frigorista		
PCI		

¿Subcontrata trabajos a otras empresas?  NO  Sí Porcentaje de subcontratación \_\_\_\_\_¿Exige póliza de Responsabilidad Civil a las empresas subcontratadas?  Sí  NO

### 3. Personal desglosado

1. Socios: \_\_\_\_\_

2. Personal especializado (instaladores): \_\_\_\_\_

3. Personal titulado: \_\_\_\_\_

4. Personal administrativo: \_\_\_\_\_

TOTAL EMPLEADOS: \_\_\_\_\_

¿Existe personal sujeto a condiciones especiales de trabajo (peligrosidad, ruido, humo, calor, gases, etc.)?

Sí Especificar: \_\_\_\_\_

NO

¿En alguna ocasión se ha levantado al solicitante acta sancionadora por infracción de las disposiciones en materia de seguridad e higiene en el trabajo?

Sí Indicar causa y naturaleza de la sanción: \_\_\_\_\_

NO

¿La empresa respeta las condiciones exigidas por la legislación vigente en materia de seguridad e higiene en el trabajo?

Sí

NO

#### 4. Aspectos económicos

Actividad	Facturación		
	Ejercicio anterior 201_	Estimación ejercicio en curso 201_	Estimación próx. ejercicio 201_
FACTURACIÓN TOTAL:			

#### 5. Clientes

¿Trabaja mayoritariamente para alguna persona o entidad?

Sí Especificar razón social y % de facturación sobre el total \_\_\_\_\_

NO

	Ejercicio anterior 201_	Estimación ejercicio en curso 201_	Estimación próx. ejercicio 201_
Facturación clientes más importantes			
Facturación media por cliente			

#### 6. Ámbito geográfico

¿Exporta productos?  Sí  NO

Grupo de productos	Europa	Asia	USA / Canadá	Resto mundo

## 7. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido o tiene contratada una póliza que cubra a su empresa o entidad frente a este riesgo?

Sí ¿Realiza actividades en USA o Canadá?

NO

(Cumplimentar los siguientes campos y adjuntar fotocopia de la última anualidad de la póliza.)

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

¿Dispone de alguna póliza a título individual que cubra los mismos o similares riesgos, contratada a través de algún colegio profesional, asociación o similar?

Sí (Cumplimentar los siguientes campos y adjuntar fotocopia de la última anualidad de la póliza.)

NO

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

## 8. Capitales asegurados (límite por siniestro y anualidad) y coberturas

### Capital asegurado

150.000

300.000

600.000

1.000.000

2.000.000

Otra (indicar): \_\_\_\_\_

### Coberturas

R.C. Exploración

R.C. Patronal

R.C. Profesional

R.C. Productos / Post-trabajos

R.C. Cruzada

Otras

## 9. Reclamaciones anteriores

¿Ha recibido alguna reclamación en los últimos 5 años?

Sí (cumplimentar los siguientes campos, utilizando hoja anexa si es preciso)

NO

Fecha: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_ Cuantía económica: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos reclamante: \_\_\_\_\_

¿Conoce algún supuesto durante los últimos años que pudiera ocasionar alguna reclamación?

Sí (detalle las circunstancias a continuación:)

NO

## 10. Domiciliación bancaria

A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR

Referencia orden de domiciliación (constará de su CIF/NIF y su número de cuenta)

Identificación acreedor: ES46633W0371455G

Nombre del acreedor: W.R. BERKLEY INSURANCE (EUROPE), LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA

Dirección del acreedor: Paseo de la Castellana, 149, 8a planta C.P. / Población / País: 28048 Madrid, España.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población / Provincia / País de residencia \_\_\_\_\_

Número de cuenta IBAN

Swift - BIC (puede contener de 8 a 10 posiciones)

Tipo de pago Pago recurrente (renovación/fraccionamiento/ajustes)  o Pago único

Lugar y fecha de la firma \_\_\_\_\_

Firma del tomador: Por favor firme aquí

Mediante la firma de esta orden de domiciliación bancaria, el deudor autoriza a (A) W.R. BERKLEY EUROPE AG SUCURSAL EN ESPAÑA a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de W.R. BERKLEY EUROPE AG SUCURSAL EN ESPAÑA. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad 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.

Nota: puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación, debe ser enviada al acreedor para su custodia. La entidad del deudor requiere autorización de éste previa al cargo en cuenta de los adeudos directos SEPA. El deudor podrá gestionar dicha autorización con los medios que su entidad ponga a su disposición.

## 11. Declaración

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente, tergiversado o suprimido hechos después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forma parte del contrato de seguro formalizado entre W.R Berkley España y el solicitante. El asegurado o tomador se compromete a informar a W.R. Berkley España de una posible modificación de cualquier información declarada en este cuestionario, ocurrida antes o durante la vigencia de la póliza de seguro.

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que W.R. Berkley España incluirá los datos de carácter personal de las personas participantes en la póliza de seguros aportados en este documento y posteriormente que se entiendan relacionados con contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable W.R. Berkley España; con el objetivo de cumplir las obligaciones establecidas en el contrato de seguro y para informar acerca de otros productos y servicios de W.R. Berkley España. El asegurado o tomador autoriza expresamente la cesión de sus datos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El asegurado o tomador podrá ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a W.R. Berkley España, P. de la Castellana, 149, edificio Gorbea 2, 28046 Madrid; de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. En caso de que el asegurado o tomador proporcione a W.R. Berkley España datos relativos a otras personas, el asegurado/tomador manifiestan que los titulares de esos datos han consentido que sean comunicados por el asegurado o tomador al asegurador, con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

(Por favor, firme aquí)

Firmado (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_