

Solicitud de seguro

Responsabilidad Civil Profesional

Berkley Procuradores

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. Estudios profesionales (persona física):

Titulación Académica: _____

Otros cursos de especialización: _____

Centros docentes: _____

Año de finalización: _____

¿En qué Colegio Profesional o Asociación está inscrito?

3. Actividad profesional

Descripción: _____

Año de comienzo de la actividad: _____

Campo/s de especialización: _____

Experiencia en el sector: _____

SE SOLICITA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD REALIZADA.

¿Realiza alguna prestación de servicios en algún campo fuera de su especialidad? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar: _____

Realiza estos trabajos: Directamente Por medio de personas ajenasImporte de los honorarios que percibe anualmente por esos servicios:

4. Desglose de personal

	Número total de empleados en plantilla
1. Socios:	
2. Personal especializado / Titulados:	
3. Personal temporal:	
4. Resto de personal (especificar):	
TOTAL:	

Desglose datos Socios/Gerentes/Directivos/Titulados:

Nombre y apellidos	Especialidad	Titulación	Cargo

5. Aspectos económicos

Distribución por campos de especialización o sectores de actividad:

Volumen de facturación anual (desglosada según actividad)	Ejercicio anterior 201_	Estimación ejercicio en curso 201_	Estimación del próximo ejercicio 201_
Compra-Venta:			
Arrendamiento:			
Otros:			

Facturación Total: _____ €

6. Clientes

¿Trabaja mayoritariamente para alguna persona o entidad? Sí NO

En caso afirmativo, indicar razón social y % sobre el total de la actividad: _____

	Ejercicio anterior 201_	Estimación ejercicio en curso 201_	Estimación del próximo ejercicio 201_
Facturación clientes más importantes:			
Facturación media por cliente:			

¿Es miembro del Consejo de Administración, socio o accionista de las empresas a las que presta sus servicios, aunque sea ocasionalmente? Sí NO

¿Efectúa peritaciones, auditorías o informes? Sí NO

En caso afirmativo, indicar:

Administración Judiciales De carácter privado

7. Auditorías

¿Ha sido la empresa alguna vez auditada, expedientada o investigada por algún organismo o asociación reguladora? Sí NO

En caso afirmativo, detallar: _____

Detalle el nombre de sus auditores externos: _____

¿Están todas las operaciones auditadas? Sí NO

¿Existen recomendaciones en el Informe de Auditoría? Sí NO

En caso afirmativo, detallar: _____

8. Ámbito geográfico

¿Realiza actividades fuera de la Unión Europea? Sí NO

¿Realiza actividades en USA o Canadá? Sí NO

Especificar otros países: _____

Facturación: _____

9. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido alguna póliza anterior que cubriera este riesgo para su Despacho?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar: _____

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

Límite asegurado: _____ € Prima neta: _____ € Franquicia: _____ €

¿Tiene alguna póliza a título individual que cubra los mismos riesgos o similares, contratada a través de algún Colegio, Asociación o similar?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar: _____

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

Límite asegurado: _____ € Prima neta: _____ € Franquicia: _____ €

10. Capital asegurado

Capital asegurado

150.000 €

300.000 €

600.000 €

1.000.000 €

Otra (indicar): _____ €

Coberturas

R.C. Exploración

R.C. Patronal

R.C. Profesional

11. Reclamaciones anteriores

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional?

Sí

En caso afirmativo, indicar: Fecha, causa, nombre del reclamante, así como el coste económico que tuvo:

NO

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

Sí (detalle las circunstancias a continuación): _____

NO

12. 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 INSURANCE (EUROPE), LIMITED, 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 INSURANCE (EUROPE), LIMITED, 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.

13. 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: _____