

## Solicitud de seguro

# Daños Materiales

## Berkley Multirriesgo Centros de Estética

### 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. Información general

Fecha del establecimiento o fundación: \_\_\_\_\_

Información financiera: \_\_\_\_\_

Volumen de facturación anual / ingresos por honorarios anuales: \_\_\_\_\_

2.1. ¿Es un franquiciador o franquicia?  SÍ  NO

2.2. Número de centros a asegurar \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_

2.3. Cualificación del titular y/o trabajadores del centro: \_\_\_\_\_

2.4. ¿Cuenta el centro con personal en período de formación?  SÍ  NO

2.5. Descripción de la actividad desarrollada, especialidades y prácticas que se realizan \_\_\_\_\_

2.6. ¿Existen consentimientos informados para los clientes?  SÍ  NO

2.7. ¿En qué actividades? Imprescindible remitir copia a la Aseguradora \_\_\_\_\_

### 2.8. Productos aplicables

¿Venden en el centro productos a los clientes?  SÍ  NO¿Tienen tienda específica para la comercialización al público?  SÍ  NO

¿En qué terapias / actividades comercializan productos? \_\_\_\_\_

¿Fabrican o desarrollan algún producto en el centro? \_\_\_\_\_

¿Está debidamente autorizado su uso por los organismos de Sanidad Competentes?  SÍ  NO.

### 3. Instalaciones /Daños materiales

3.1. Duración del seguro: Fecha inicio: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

3.2. Forma de pago  Anual  Semestral  Trimestral

3.3. Situación de riesgo (si es distinta de la indicada en tomador o asegurado)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad y Provincia: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_

**3.4. Existencia de otros seguros anteriores**  SÍ  NO

Detallar los siniestros ocurridos en los 3 últimos años (utilizar hoja anexa si es necesario)

Fecha \_\_\_\_\_

Causa \_\_\_\_\_

Importe \_\_\_\_\_

**4. Características del riesgo****4.1. Antigüedad del edificio**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hasta 20 años        | <input type="checkbox"/> De 41 años a 50 años  |
| <input type="checkbox"/> De 21 años a 30 años | <input type="checkbox"/> De 51 años a 100 años |
| <input type="checkbox"/> De 31 años a 40 años | <input type="checkbox"/> Más de 100 años       |

**4.2. Se encuentra el establecimiento en ctro. comercial o galería comercial con vigilancia permanente los 365 días?**  SÍ  NO**4.3. Ubicación**

- Casco urbano  
Núcleo de población que disponga de servicios de agua, alcantarillado, alumbrado y teléfono con Ayuntamiento propio.
- Polígono industrial  
Conjunto de edificaciones dedicadas a diversas actividades industriales o comerciales que sean anexos de un Ayuntamiento y dispongan de servicio público de agua, alcantarillado, teléfono, alumbrado y calles definidas y debidamente pavimentadas.
- Fuera de casco urbano  
Lugar ubicado a más de 1 km. del límite del casco urbano o polígono industrial.

**4.4. Superficie en m<sup>2</sup> del establecimiento** \_\_\_\_\_**4.5. MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA INCENDIOS**

- Rociadores automáticos de agua (Sprinklers)
- Extintores
- Vigilancia permanente
- Detectores automáticos de incendio / humo con conexión a central de seguridad
- Bocas de incendio equipadas (Bies)
- Depósitos de agua para abastecimiento exclusivo de la red contra incendios
- Hidrantes exteriores

**4.6. MEDIDAS DE SEGURIDAD CONTRA ROBO**

- Las puertas de acceso al local son metálicas o de madera maciza, con cerradura de seguridad
- Las ventanas y otros huecos situados a menos de 6 m. del suelo, están protegidos por rejas metálicas fijas
- Instalación de sistema electrónico de detección automática de intrusión que protege todas las áreas
- La alarma del sistema de detección de intrusión está conectada a una central de recepción de alarmas permanente 24 horas
- Servicio permanente de vigilancia humana en el interior del riesgo, las 24 horas del día todo el año

## 5. Bienes asegurados y capitales

Continente	<input type="checkbox"/> Valor Total	<input type="checkbox"/> Primer Riesgo	<input type="checkbox"/> Mobiliario, maquinaria
Obras de reforma	<input type="checkbox"/> Existencias y mercancías		
Daños por agua	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Rotura de cristales, lunas, espejos, rótulos y loza sanitaria	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Robo	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/> Contratada	<input type="checkbox"/> No contratada	
Lucro cesante (indemnización diaria)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 225		
Período máximo de indemnización:	<input type="checkbox"/> 30 días	<input type="checkbox"/> 60 días	<input type="checkbox"/> 90 días
Cobertura de equipos electrónicos y avería de maquinaria (a primer riesgo)			
<input type="checkbox"/> No contratada			
<input type="checkbox"/> Valor total	<input type="checkbox"/> 1.500	<input type="checkbox"/> 3.000	<input type="checkbox"/> 6.000 <input type="checkbox"/> 15.000 <input type="checkbox"/> 25.000

## 6. Responsabilidad Civil Profesional

### 6.1. Capitales asegurados

150.000     300.000     600.000     1.200.000     Otra \_\_\_\_\_

### 6.2. Actividad asistencial

Acupuntura _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Aromaterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Cera _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Depilación eléctrica _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Extensiones de pestañas _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Realizan test de alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
Electrolisis _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Electroterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Endermologie - LPG _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Extensiones de uñas _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Realizan test de alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO			
Hidroterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Manicura y Pedicura _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Maquillaje no permanente _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Masajes linfáticos _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Masajes _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Oxigenoterapia _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Peluquería _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Pérdida de peso _____	% act.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Piercing en orejas (no zonas genitales, lengua, ni otras partes del cuerpo)		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Especificar tipo de productos utilizados: _____			
_____			
_____			

Sauna de Infrarrojos \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Reflexología \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Tatuaje permanente de perfilador de cejas y labios \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

¿Realizan test de alergia?  SÍ  NO

Teñido de pestañas y sombreado de ojos. \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

¿Realizan test de alergia?  SÍ  NO

Terapia Foto-termal \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Tratamientos faciales \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Tratamientos de Spa \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Terapia de Piedras \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Escleroterapia \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Kinesiología \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Láser terapia \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

(categoría del Equipo no superior a 3b)

Excluida la aplicación de los mismos para la eliminación de tatuajes

¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6?  SÍ  NO

Microdermoabrasión \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Peelings químicos \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Concentración máxima del 30%

\*los terapeutas habrán de acreditar que han recibido la formación necesaria para la aplicación de este tipo de productos por el fabricante de los mismos.

Identificar el tipo de productos que se utilizan (queda excluido el Phenol): \_\_\_\_\_

Piercing en el cuerpo excluyendo zonas genitales y lengua \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Identificar el tipo de productos que se utilizan (queda excluido el Phenol): \_\_\_\_\_

Tatuaje cosmético/estético \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Tratamiento no-quirúrgico de venas y rojeces \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Tratamientos IPL / VPL \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6?  SÍ  NO

Tratamientos de Luz \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

¿Se hacen tratamientos en fototipos de piel Nº 5 y Nº 6?  SÍ  NO

Restylane, Perlane, Dermalive, Newfill, Nufill, Hylaform Collagen, Zyderm, Zyplast, Botox,  
Dysport, Aquamid \_\_\_\_\_  SÍ  NO

Detalle de la especialidad médica del profesional: \_\_\_\_\_

Odontólogos  Dermatólogos

Otra especialidad médica: \_\_\_\_\_  Otra cualificación profesional: \_\_\_\_\_

Liposucción y Lipoescultura \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Cirugía Estética \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Indicar las prácticas:

abdomen  párpados  mamas  nariz  orejas  mentón  labios  calvicie

Estiramientos faciales \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Lifting de muslos \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Implantes faciales \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

¿Realizan test de alergia?  SÍ  NO

Cirugía Láser \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Describir actividades y equipos: \_\_\_\_\_

Peeling Químico \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

% de concentración: \_\_\_\_\_

Inyecciones de siliconas \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Zonas de aplicación: \_\_\_\_\_

Electrolisis \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

Cirugía Oftalmológica \_\_\_\_\_ % act.  SÍ  NO

### 6.3. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido alguna póliza de Responsabilidad Civil?

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?

NO

SÍ En caso afirmativo, indicar: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

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

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

### 6.4. Historial de siniestralidad

NO

SÍ En caso afirmativo, indicar: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

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

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

En caso afirmativo, indicar en hoja aparte, especificando si el siniestro corresponde a RC General, RC Profesional o RC Patronal. Indicando por cada siniestro/reclamación:

1. Fecha ocurrencia del acto médico y fecha de reclamación a la Cía. de seguros.
2. Indicar nombre de compañía aseguradora.
3. Descripción o naturaleza (causa) del siniestro o reclamación.
4. Establecimiento sanitario donde ocurrió.
5. Situación (cerrado, pendiente doc, abierto, etc.)
6. Coste del siniestro en caso de los cerrados o cuantía de reservas en caso de pendiente.

6.4.1. ¿Tiene conocimiento de cualquier hecho que pueda dar origen a alguna reclamación o procesamiento contra usted, su entidad o personal contratado por su entidad en el futuro?

SÍ  NO

Por favor, incluya una descripción detallada de cada hecho \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.4.2. ¿Ha padecido algún empleado algún accidente laboral grave?  SÍ  NO

En caso afirmativo indicar las causas e importe indemnizado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Desglose del personal - RC Profesional y Accidentes

- 7.1. ¿Es requisito que el personal médico tenga contratada una póliza adicional que cubra su Responsabilidad Civil Profesional?  Sí  NO
- 7.2. ¿Es requisito que el personal sanitario no facultativo tenga contratada una póliza adicional que cubra su Responsabilidad Civil Profesional?  Sí  NO
- 7.3. Indique límites (suma asegurada) \_\_\_\_\_

### 7.2. Personal de las consultas / los centros:

Descripción	Exp. profesional	Relación Laboral	Relación Mercantil
Personal Titulado:			
Personal Directivo:			
Resto personal:			
Personal médico:			
Personal sanitario			

### 7.3. Accidentes Colectivos

7.3.1. ¿Dispone de un seguro de accidentes colectivo?  Sí  NO

7.3.2. ¿Tiene póliza de convenio?  Sí  NO

En caso afirmativo, detallar los siniestros ocurridos en los 3 últimos años:

Fecha \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Importe \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura a contratar  Laboral  24 horas/día

Garantías	Suma asegurada
Fallecimiento	
Invalidez	
Asistencia Sanitaria	

## 8. Responsabilidad de Consejeros y Directivos

Por favor, indique si cada una de las siguientes frases es afirmativa o negativa:

1. El patrimonio neto y resultado de los dos últimos años ha sido positivo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
2. La sociedad no cotiza en bolsa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
3. La sociedad no desarrolla su actividad, ni tiene activos en USA/Canadá	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
4. La sociedad no ha sufrido alguna fusión, adquisición o venta en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
5. La sociedad tiene planeado realizar fusión, adquisición o venta en los próx 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
6. No existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una Reclamación contra la Sociedad, Sociedades Filiales o Sociedades Participadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
7. No existe o ha existido ninguna Reclamación, civil y/o penal, relacionada con Responsabilidad Civil de Directores y Administradores formulada contra la Compañía, sus filiales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

## 9. 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 EUROPE AG 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.

## 10. Política de privacidad de Berkley España

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 26 de julio de 2018

Ponemos a su disposición nuestra Política de Privacidad para proporcionarle toda la información relativa a los datos personales que podemos recoger y el uso que daremos a dicha información y para garantizar el puntual cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos personales.

Es importante que lea esta Política de Privacidad atentamente. Por favor, en caso de duda contacte con nosotros mediante correo postal o electrónico en las direcciones que figuran más abajo.

### ¿Quién trata sus datos?

El Responsable del tratamiento de sus datos es W.R. BERKLEY EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA (en adelante BERKLEY).

Hemos nombrado a una persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad (el Delegado de Protección de Datos o "DPD"), ante quien podrá ejercer sus derechos, presentar cualquier reclamación o solicitar la aclaración de cualquier duda, mediante correo postal dirigido a la dirección Paseo de la Castellana 149, 28046, Madrid o en el correo electrónico [GDPRinfo@wrberkley.com](mailto:GDPRinfo@wrberkley.com)

### ¿Para qué finalidades se tratan sus datos?

Los datos personales que recogemos dependerán de su relación con nosotros. Recogeremos distintas categorías de datos personales dependiendo de si Usted es un tomador, asegurado o potencial asegurado, un beneficiario de una póliza de seguro de BERKLEY, un perjudicado o reclamante, un testigo, un corredor, otro tipo de mediador de seguros y/o reaseguros, representantes designados u otro tercero –socio comercial, prestador de servicios en relación con un contrato de seguro, etc.

Así, podremos utilizar sus datos personales para:

- Valorar una solicitud de seguro, analizar y evaluar el riesgo y, de conformidad con las condiciones aplicables, poder ofrecerle un seguro. Dentro del proceso de suscripción puede existir la elaboración de perfiles, donde se recurre a procesos automatizados. Una vez que le hayamos proporcionado su póliza, utilizaremos sus datos personales para administrar su póliza, tratar sus consultas y gestionar el proceso de renovación.

- Prestar servicios relacionados con el seguro, las reclamaciones y la asistencia, así como otros productos y servicios que nosotros facilitemos, incluyendo la evaluación, administración y resolución de siniestros y reclamaciones, así como la solución de conflictos relacionados con estos.
- Prevenir, detectar e investigar delitos, incluyendo el fraude y el blanqueo de capitales, así como para analizar y gestionar otros riesgos comerciales.
- Ofrecer información de marketing, de conformidad con las preferencias que usted nos haya comunicado (la información de marketing puede ser acerca de productos y servicios que terceros en tanto socios nuestros le ofrezcan, en virtud de las preferencias que usted haya mencionado). Es posible que llevemos a cabo actividades de marketing por medio del correo electrónico, SMS y demás servicios de mensaje de texto, correo postal y teléfono.
- Cumplir con la legislación aplicable y con las obligaciones de las autoridades reguladoras (incluyendo aquellas leyes y regulaciones de fuera del país donde resida); por ejemplo, aquellas leyes y regulaciones relacionadas con las medidas frente al blanqueo de capitales, las sanciones y el antiterrorismo; para cumplir con procedimientos judiciales y resoluciones judiciales; y para responder a solicitudes de autoridades públicas y gubernamentales (incluyendo aquellas de fuera de su país de residencia).

Antes de recoger y/o tratar datos personales sensibles, nos aseguraremos de contar con una de las siguientes bases de legitimación:

- Usted haya prestado su consentimiento explícito;
- Necesitemos usar dichos datos personales para formular, ejercitar o defender reclamaciones; o
- Necesitemos usar sus datos personales por razón de un interés público esencial, como podría ser el tratamiento de sus datos personales sensibles para el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro cuando las leyes nacionales o la normativa europea directamente aplicable contemplasen específicamente esta posibilidad.

No obstante lo anterior, en ciertas circunstancias, necesitaremos su consentimiento explícito para tratar datos personales sensibles (por ejemplo, si no existiese una base de legitimación más adecuada, podríamos necesitar recabar su consentimiento explícito para tratar datos personales sobre salud). En los casos en los que no exista una base de legitimación más adecuada y tengamos que recabar su consentimiento explícito, es posible que, sin este consentimiento, no podamos proporcionarle una póliza o tramitar sus reclamaciones. En todo caso, siempre le explicaremos por qué el consentimiento es necesario y cuáles son las consecuencias de no prestarlo o de retirarlo –pues tendrá derecho a ello en todo momento.

#### ¿Por qué se tratan sus datos?

Los tratamientos necesarios lo son para cumplir el ordenamiento jurídico y sus contratos, o solicitudes. Los adicionales, si es Usted cliente o acepta nuestra política de protección de datos, están basados en su consentimiento, que siempre puede revocar sin detrimento alguno, o en el interés legítimo, ponderado con el derecho a su privacidad. Esta ponderación se ha realizado de acuerdo con la normativa y los criterios comunicados por las autoridades en materia de protección de datos, siempre pensando que con ello podemos mejorar la calidad de nuestros productos y servicios para atenderle de manera más personalizada y comunicarle nuestras ofertas.

#### ¿Quiénes podrán ver sus datos?

Trabajamos con un gran número de terceros para ayudar a gestionar nuestro negocio y prestar servicios. Estos terceros pueden ocasionalmente tener acceso a sus datos personales. Entre estos terceros podrán figurar:

- Mediadores, otros aseguradores / reaseguradores y TPAs que trabajen con nosotros para ayudar a gestionar el proceso de suscripción, administrar nuestras pólizas, prestar asistencia o gestionar siniestros.
- Proveedores de servicios, que ayudan a gestionar nuestros sistemas de Marketing, TI y back office.
- Otras compañías pertenecientes a W.R. Berkley Corporation.
- Organismos oficiales.

Podemos estar obligados legalmente a comunicar sus datos personales a tribunales, reguladores, autoridades policiales o, en determinados casos, a otras aseguradoras o reaseguradoras. En el caso de operaciones societarias, podríamos transferir sus datos personales a las diferentes partes involucradas.

#### ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de tiempo exacto durante el cual conservemos sus datos personales, dependerá de su relación con nosotros y del tipo de datos personales que poseamos. En este sentido, conservaremos sus datos personales durante el tiempo que sea razonablemente necesario para los fines enumerados en el apartado segundo.

Debe tener en cuenta que, entre las finalidades establecidas para el tratamiento de sus datos personales, se encuentra el cumplimiento de nuestras obligaciones legales y regulatorias. Por tanto, en circunstancias específicas, también podremos conservar sus datos personales durante períodos de tiempo más prolongados para tener un registro preciso de las gestiones que ha realizado con nosotros en caso de reclamaciones o impugnaciones, o si consideramos razonablemente que existe la posibilidad de un litigio en relación con sus datos personales o gestiones.

#### ¿Cuáles son sus derechos?

Podrá acceder, rectificar, suprimir sus datos, oponerse al uso de los mismos, revocar sus consentimientos, así como otros derechos reconocidos por la normativa como el derecho de portabilidad, limitación del tratamiento, o presentar reclamación ante la Agencia de Protección de Datos, o a nuestro Delegado de Protección de Datos.

Además, si se tomaran decisiones automatizadas que le afecten, siempre puede solicitar intervención humana para revisarlas, y siempre puede oponerse a cualquier tratamiento, o revocar el consentimiento sin ningún perjuicio para Usted.

Puede ejercitar sus derechos remitiéndonos una carta adjuntando copia de su DNI, o documento oficial equivalente, con el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS" en la siguiente dirección: Paseo de la Castellana 149, 28046 Madrid, o a través del correo electrónico [GDPRinfo@wrberkley.com](mailto:GDPRinfo@wrberkley.com).



## 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 Berkley España y el solicitante. El asegurado o tomador se compromete a informar a Berkley España de una posible modificación de cualquier información declarada en este cuestionario, ocurrida antes o durante la vigencia de la póliza de seguro.

(Por favor, firme aquí)

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

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

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