

## Solicitud de seguro

# Responsabilidad Civil Profesional

## Berkley Empresas Tecnológicas

### 1. Tomador

Nombre/razón social \_\_\_\_\_ C.I.F.: \_\_\_\_\_

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

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Página Web: www. \_\_\_\_\_

### 2. Actividad profesional

¿Realiza trabajos para compañías bancarias?  Sí  NO¿Realiza trabajos para compañías de transportes?  Sí  NO¿Realiza trabajos para compañías militares?  Sí  NO¿Realiza trabajos fuera de España?  Sí  NO

Descripción en detalle de la naturaleza de su negocio, incluyendo áreas de especialización:

---

---

---

---

---

---

---

¿Realiza la actividad de Instalación y Montaje?  Sí  NO¿Realiza venta de productos de terceros?  Sí  NO

### 3. Facturación

Por favor indique:

Facturación Cerrada el último año: \_\_\_\_\_

Facturación Estimada para este año: \_\_\_\_\_

Por favor dar detalles de los cinco contratos más importantes ejecutados en los últimos tres años, por su empresa.

Nombre del cliente, naturaleza del contrato, función o tipo de software, tipo de negocio	Valor del contrato

## 4. Empleados

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

## 5. Controles internos

¿Tiene su compañía acreditación bajo la norma ISO o similar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿En general, participan los clientes en la especificación de los trabajos a realizar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Recibe siempre por escrito las especificaciones de sus clientes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Pide de los clientes el Visto bueno de los trabajos terminados o por fases?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

## 6. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido alguna póliza anterior que cubriera este riesgo?

NO

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

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

## 7. Capitales asegurados (Límite por siniestro y anualidad de seguro):

Por favor, marque la suma asegurada seleccionada:

**Capital asegurado**

150.000

300.000

600.000

1000.000

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



## 10. 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: \_\_\_\_\_