

## Solicitud de seguro

# Ingeniería y Construcción

## Berkley Equipos Electrónicos

1. Código mediador \_\_\_\_\_ Nombre del mediador \_\_\_\_\_

- Cotización  
 Orden emisión  
 Modificación póliza núm \_\_\_\_\_  
 Reemplazo póliza núm \_\_\_\_\_

### 2. Tomador

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

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

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

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

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

### 3. Datos de la póliza

Duración del seguro:  Temporal  Años prorrogablesForma de pago:  Única  Anual  Semestral  Trimestral

### 4. Situación de riesgo

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

Población / Provincia / País \_\_\_\_\_

Descripción actividad \_\_\_\_\_

### 5. Préstamos e hipotecas

La póliza es la garantía de un préstamo hipotecario de otro tipo  Sí  NO

Referencia: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_ Importe: \_\_\_\_\_

Nombre acreedor \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Cuestionario	
Los equipos a asegurar son nuevos En caso negativo, indicar antigüedad:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Equipos con antigüedad superior a 7 años	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Equipos de antigüedad superior a 15 años o que ya no se comercializan (obsoletos)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Capitales garantizados con IVA	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Ha habido siniestros en los últimos cinco años? En caso afirmativo detallar:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Los equipos a asegurar han sido debidamente instalados, probados y está en fase de funcionamiento normal.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Los equipos a asegurar son prototipos o experimentales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Los equipos a asegurar están situados en aviones, bajo tierra o bajo el agua.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Existe contrato de mantenimiento con fabricante o proveedor	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Equipos en las inmediaciones de ácidos, alcalis, inflamables, explosivos, productos pulverulentos, abrasivos u otras materias peligrosas como cartón ondulado, plástico espumoso, algodón, desperdicios y similares o en edificios de madera o de no sólida construcción	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Los equipos trabajan más de 10 horas diarias	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Prevención: Extintores portátiles de anhídrido carbónico (CO <sub>2</sub> ) o Halón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Prevención: Sistema automático de extinción con anhídrido carbónico o Halón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Prevención: Vigilancia permanente en el interior	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Franquicias superiores a las mínimas preestablecidas: <input type="checkbox"/> Doble <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Cuádruple <input type="checkbox"/> Quintuple	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Equipos de uso fijo	Suma Asegurada (Euros)
Cobertura básica	€
Coberturas opcionales	€
<input type="checkbox"/> Incendio, caída del rayo, explosión	Contratado
<input type="checkbox"/> Robo, expoliación	Contratado
<input type="checkbox"/> Portadores externos datos	
<input type="checkbox"/> Incremento en el coste de operación _____ Período de indemnización _____ Período de carencia	<input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 4 días <input type="checkbox"/> 7 días

Equipos de uso móvil / portátil	Suma Asegurada (Euros)
Cobertura básica	€
Coberturas opcionales	€
<input type="checkbox"/> Incendio, caída del rayo, explosión	Contratado
<input type="checkbox"/> Robo, expoliación	Contratado
<input type="checkbox"/> Portadores externos datos	
<input type="checkbox"/> Incremento en el coste de operación _____ Período de indemnización _____ Período de carencia	<input type="checkbox"/> 1 mes <input type="checkbox"/> 2 meses <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 4 días <input type="checkbox"/> 7 días

Reemplazo a nuevo (para equipos con una antigüedad menor a 5 años)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	---

Descripción de la maquinaria asegurada (tipo, marca, modelo, núm. serie, bastidor, matrícula y antigüedad)	Suma asegurada (a valor de reposición en €)
FIJOS	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
MÓVIL/PORTÁTIL	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€
	€

Portadores externos de datos (cintas,tarjetas,discos...)	Valor del material Portador de datos
	€
	€
	€
	€
	€

## 6. 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.

## 7. 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: \_\_\_\_\_