

Solicitud de seguro

Responsabilidad Civil General

Berkley Construcción

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. Actividad

Descripción de la actividad: _____

Año inicio de la actividad: _____

Especialidad:

 Construcciones, montajes o instalaciones de: Edificios comerciales y edificios públicos Edificios destinados a viviendas Edificios industriales o relacionados con el transporte y almacenaje Edificios para explotaciones agrícolas y ganaderas En todo tipo de edificación Obra pública e ingeniería civil: Conductos de agua, redes de abastecimiento y alcantarilado, redes de agua, gas, vapor, etc. Estadio, terrenos de juego, parques y jardines e instalaciones de recreo y deportivas similares Líneas de transporte, distribución de energía eléctrica, señalización y control de tráfico Obras de urbanización Otras obras públicas y de ingeniería civil

Facturación anual: _____ €

Número de empleados fijos: _____

Número de empleados eventuales (media anual): _____

Número de profesionales (arquitectos, aparejadores...): _____

¿Realiza alguna prestación de sus servicios en algún campo fuera de su especialidad?

 Sí Especifique, por favor: _____ NORealiza estos trabajos: directamente mediante personas ajenas

Facturación anual por estos servicios: _____ €

Subcontratación

¿Subcontrata estos trabajos a otras empresas?

Sí Indicar % de subcontratación: _____

NO

¿Exige póliza de Responsabilidad Civil a las empresas subcontratadas? Sí NO

Responsabilidad Civil Patronal

¿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

3. Aspectos económicos

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

4. Ámbito geográfico

¿Realiza actividades fuera de la Unión Europea? Sí NO

¿Realiza actividades en USA o Canadá? Sí NO

Especificar otros países: _____

5. 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: _____ €

6. 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

7. 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

8. 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 los 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.

9. 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: _____