

Solicitud de seguro

Responsabilidad Civil General

Berkley Industrias exportadoras

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: _____

Descripción de los productos fabricados o comercializados: _____

¿Presta alguna clase de servicios ajenos a su especialidad?

 Sí Describa, por favor: _____ NO¿Realiza estos trabajos directamente mediante terceras personas o empresas?

Importe anual que percibe por la prestación de estos servicios: _____ €

¿Subcontrata trabajos a otras empresas? NO Sí Porcentaje de subcontratación _____¿Exige póliza de Responsabilidad Civil a las empresas subcontratadas? Sí NO

¿Qué tipo de trabajos realiza su empresa?:

Dentro de sus instalaciones: _____

Fuera de sus instalaciones: _____

Especifique los medios de transporte utilizados y sus características: _____

¿Quién es el propietario de estos medios de transporte?

 Asegurado (detallar) _____ Sistema leasing (detallar) _____ Terceros (detallar) _____Estos terceros, ¿trabajan preponderantemente para el Asegurado? Sí NO¿Se realizan operaciones de carga y descarga de: trenes camiones barcos?

Si realiza carga y descarga de barcos, ésta se realiza en:

 Instalaciones portuarias Punto de atraque propio Punto de atraque ajeno

Descripción detallada de:

Instalaciones fijas y móviles: _____

Descripción de los métodos de carga y descarga: _____

Medidas de seguridad: _____

¿Es el proponente el responsable de las operaciones efectuadas?

NO

Sí (Indicar nombre de la empresa a la que se confían estos trabajos.)

Servicios de almacenamiento.

Materias líquidas o gaseosas, corrosivas, inflamables, explosivas o tóxicas:

Sistema de almacenamiento, con descripción de los continentes:

Protección, medios de prevención, extinción y control:

Medidas contra incendios: _____

Medidas de protección contra accidentes medioambientales: _____

Servicios de vigilancia (propio / ajeno) _____

Servicio médicos: _____

Personal: _____

Instalaciones, instrumental, aparatos: _____

¿Dispone de la certificación ISO 9001? Sí NO

¿Dispone de la certificación ISO 14001 y/o está integrado en el sistema EMAS? Sí NO

Control de calidad

¿Somete los productos fabricados o elaborados a pruebas de control de calidad?

NO

Sí con medios propios por medio de empresas especializadas

¿Dispone de un registro de dichos controles? Sí NO

Detalle de las instalaciones (utilice hoja anexa si lo precisa)

Dirección 1:

Propiedad del tomador: Sí NO

Superficie (m²) _____ Número de plantas: _____ Edificio singular/Comunidad propietarios: Sí NO

Propiedad del tomador: Sí NO

3. Desglose personal

1. Socios: _____

2. Personal: _____

3. Personal temporal: _____

4. Resto personal (especificar): _____

TOTAL: _____

¿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

4. Aspectos económicos

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

5. Clientes

¿Trabaja mayoritariamente para alguna persona o entidad?

Sí Especificar razón social y % de facturación sobre el total _____ €

NO

	Ejercicio anterior 201_	Estimación ejercicio en curso 201_	Estimación próx. ejercicio 201_
Facturación clientes más importantes			
Facturación media por cliente			

6. Ámbito geográfico

¿Exporta productos? Sí NO

Grupo de productos	Europa	Asia	USA / Canadá	Resto mundo

Exportación USA / Canadá. El Asegurado...	
¿Dispone de establecimientos en USA, Canadá o México?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Distribuye a través de subcontratistas en USA, Canadá o México?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Realiza actividades de fabricación, reparación, mantenimiento, envasado o etiquetado de productos en USA, Canadá o México; con personal propio o con subcontratas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Distribuye productos con marca propia o de terceros (incluida marca blanca)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Dispone de medidas de prevención y tramitación de siniestros en USA, Canadá y México?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene experiencia en la exportación de productos a USA, Canadá o México?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Detalle por favor zonas de distribución de productos, con sistemas de responsabilidad y jurisprudencia: prevención y tramitación de siniestros en USA, Canadá y México? _____	

7. 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: _____ €

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

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

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

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

Compañía aseguradora: _____

Período: _____ Fecha vencimiento: _____

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

8. 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

9. 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

10. 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.

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 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: _____