

## SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR OBRA

### 1. TOMADOR / ASEGURADO

D./Dña.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Población: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Nif/Cif/Pasaporte: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Correo-e: \_\_\_\_\_

### 2. PAGADOR

D./Dña./Denominación Social: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Población: \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Nif/Cif/Pasaporte: \_\_\_\_\_

**En caso de domiciliación, es necesario que cumplimente la orden de domiciliación de adeudo incluida al final de esta solicitud.**

### 3. ¿Qué pólizas desea contratar?

a. Obra viva  SÍ  NO Suma asegurada  150.000 €  250.000 €  375.000 €  750.000 €  
 Solo daños materiales  187.500 €  312.500 €  562.500 €  1.125.000 €  
 Ampliación delimitación temporal:  12 meses  24 meses  36 meses

b. Obra terminada  SÍ  NO Suma asegurada  150.000 €  300.000 €  600.000 €  1.000.000 €  1.500.000 €

### 4. ¿Tiene usted póliza en vigor de R.C. profesional que cubra toda su actividad (claims made)? SÍ NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿en qué compañía? \_\_\_\_\_  
¿Qué límite asegurado tiene contratado? \_\_\_\_\_ €

### 5. Indique en calidad de qué profesional va a intervenir usted en la obra

a. A/AT/IE  SÍ  NO  
b. Arquitecto  SÍ  NO  
c. Constructor  SÍ  NO  
d. Promotor  SÍ  NO

### 6. ¿Sabe si algún otro agente de la edificación desea contratar esta póliza? (\*)

a. A/AT/IE  SÍ  NO  
b. Arquitecto  SÍ  NO  
c. Constructor  SÍ  NO  
d. Promotor  SÍ  NO

(\*) Arquitecto, Constructor y/o Promotor sólo podrán contratar este producto conjuntamente con el A/AT/IE. No podrán contratarlo de manera individualizada.

### DATOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL

7. Referencia catastral u otro dato identificativo de la obra \_\_\_\_\_  
8. Descripción de la obra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
9. Ubicación de la obra (emplazamiento completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
10. PEM de la obra (será necesario conocer el PEM definitivo en el momento de la Fecha Final de Obra) \_\_\_\_\_ €  
11. Superficie \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>  
12. Número de visado \_\_\_\_\_  
13. Fechas  
a. Fecha de primer visado \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
b. Fecha del visado del técnico que solicita la póliza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
c. Fecha estimada de inicio de obra \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
d. Fecha estimada de finalización de obra \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DATOS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL**

14. Porcentaje ejecutado de la obra en el momento del visado \_\_\_\_\_ %

15. Tipo de intervención

- a. Director de obra
- b. Director de ejecución
- c. Constructor
- d. Promotor
- e. Proyectista

16. Tipo de obra (marcar sólo uno)

- a. Obra nueva
- b. Ampliación
- c. Reforma o rehabilitación (aporte proyecto)
- d. Refuerzo/Consolidación (aporte proyecto)
- e. Conservación/Mantenimiento
- f. Urbanización
- g. Instalaciones
- h. Demolición (aporte memoria del derribo)

15. Tipo de construcción (marcar sólo uno)

- a. Vivienda unifamiliar
- b. Vivienda plurifamiliar o en altura (aporte proyecto)
- c. Nave
- d. Local
- e. Otra

17. ¿Existen edificios colindantes?  SÍ  NO En caso afirmativo, facilite la siguiente información:

Distancia a la que se encuentra \_\_\_\_\_

Antigüedad \_\_\_\_\_

Aporte protocolo de grietas firmado por técnico competente.

18. ¿Utilizan explosivos?  SÍ  NO En caso afirmativo, indique cuáles \_\_\_\_\_

19. ¿Se solicita información antes de iniciar las obras a las compañías u organismos correspondientes sobre la localización y situación de conducciones subterráneas?  SÍ  NO

**DATOS SI QUIERE CONTRATAR LA OBRA VIVA** (A cumplimentar sólo si desea contratar esta póliza)

1. Va a realizar actividad de:

- a. Coordinación de Seguridad y Salud  SÍ  NO
- b. Dirección facultativa  SÍ  NO

**RECLAMACIONES**

1. ¿Ha tenido reclamaciones de Responsabilidad Civil en los últimos cinco años en?:  a. Viviendas unifamiliares  
 b. Viviendas plurifamiliares o en altura  
En caso afirmativo, por favor, aporte detalles.  c. Otro tipo de construcción

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO / RECLAMACIÓN	FECHA	IMPORTE RECLAMADO	PAGO EFECTUADO

2. ¿Tiene usted conocimiento o sospecha de algún hecho o circunstancia que hubiera ocurrido ya respecto a esta intervención profesional y que pudiera derivar en una reclamación futura contra otros Aparejadores o agentes constructivos que participen en la misma?  SÍ  NO

(\*) Si no tiene reclamaciones o conocimiento de un error que pueda dar lugar a una reclamación, conteste expresamente NO.

**RECLAMACIONES**

3. Otros datos que considere de interés para mejor conocimiento del riesgo:

---



---



---



---



---

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

1. ¿Necesita la intervención profesional disponer de otro tipo de seguro? (descuento del 10% por cada póliza contratada con MUSAAT).

- a. Seguro Decenal
- b. Todo Riesgo Construcción
- c. Afianzamiento de cantidades entregadas a cuenta

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija NIF V-28865855, calle Jazmín nº66, 28033-Madrid, correo electrónico en materia de protección de datos personales: atencionlopd@musaat.es, correo electrónico de contacto con el Delegado de Protección de Datos: dpd@musaat.es
<b>Finalidad</b>	Suscripción y ejecución de un contrato de seguro; llevar a cabo el mantenimiento, desarrollo y control de la relación contractual; la gestión propia de la actividad aseguradora; la valoración y delimitación del riesgo; la prevención e investigación del fraude; la gestión de siniestros; cualesquiera otras obligaciones determinadas por la legislación aplicable. La información requerida es imprescindible para dicha finalidad
<b>Legitimación</b>	Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
<b>Destinatarios</b>	Se prevé la cesión de sus datos personales a entidades y corporaciones del Grupo MUSAAT, así como a entidades aseguradoras, reaseguradoras, compañías de asistencia, peritos, abogados, procuradores y otras personas/entidades que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la tramitación de la póliza y de sus siniestros. De igual modo y cuando así lo requiera la ley, sus datos podrán ser cedidos al Órgano de la Administración competente, incluida la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano supervisor y de control de la actividad aseguradora, así como a organismos públicos relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude y del blanqueo de capitales. No hay previsión de transferencias a terceros países
<b>Derechos</b>	Le informamos de que puede ejercitar gratuitamente sus Derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición y Limitación al tratamiento de sus datos, así como a la portabilidad de los mismos y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Si usted desea ejercitar cualquiera de los derechos enunciados anteriormente, por favor, póngase en contacto con nosotros a través del siguiente correo electrónico: atencionlopd@musaat.es
<b>Información adicional</b>	Si desea más información sobre nuestra política de privacidad, consulte nuestra web: <a href="http://www.musaat.es/protecciondatos">www.musaat.es/protecciondatos</a>

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

EL SOLICITANTE,

Cumplimentar en caso de que el tomador sea una persona jurídica:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

CARGO:

SOCIEDAD Y SELLO:

**DATOS DEL ACREEDOR**

Referencia de la orden de domiciliación: \_\_\_\_\_  
Identificador del acreedor: ES28001V28865855  
Nombre del acreedor: MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija  
Dirección: C/ Jazmín, 66  
Código Postal: 28033  
Población: Madrid  
Provincia: Madrid  
País: España

El pago de la prima se llevará a efecto conforme se determine en las condiciones particulares del seguro correspondiente, bien directamente al acreedor o a través del mediador que figure en la póliza.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad financiera del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad financiera para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad financiera 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. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

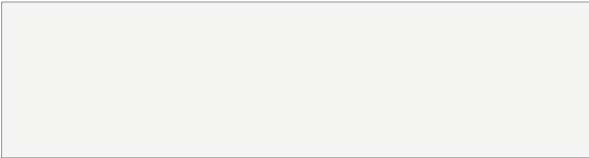
**A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR**

Nombre del deudor/es: \_\_\_\_\_  
(titular/es de la cuenta de cargo)  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_  
Población: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_  
País: \_\_\_\_\_  
Correo-e: \_\_\_\_\_

**Swift BIC:** \_\_\_\_\_  
Cumplimentar en el caso de tratarse de una entidad financiera no española  
(puede contener 8 u 11 posiciones).

**Número de cuenta - IBAN:** \_\_\_\_\_  
En España, el IBAN consta de 24 posiciones, comenzando siempre por ES

Tipo de pago:  Pago recurrente    o     Pago único

Por favor, firme aquí  
  
Firma del deudor

Localidad donde firma: \_\_\_\_\_  
  
Fecha: \_\_\_\_\_

**TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.**  
**UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA A MUSAAT.**

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

A través del presente y de conformidad con el **REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016**, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, el firmante declara conocer y consentir de modo expreso, preciso e inequívoco que los datos facilitados serán tratados por MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, con N.I.F. V-28865855 y domicilio en la calle Jazmín 66, 28033-Madrid, como responsable del tratamiento, con la finalidad de gestionar la adecuada facturación y cobro de los servicios contratados.

La información requerida es imprescindible para la citada finalidad y será mantenida exclusivamente durante el tiempo que sea necesario y para el propósito para la que se recopiló originalmente, de conformidad con la ley aplicable y bajo la aplicación de las correspondientes medidas de seguridad.

Los datos personales podrán ser cedidos a las oportunas entidades financieras con la citada finalidad, así como a los correspondientes asesores legales y auditores de la entidad, y cualesquiera otras cesiones exigidas por la normativa legal aplicable al afecto.

Puede ejercitar gratuitamente sus Derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición y Limitación al tratamiento de sus datos, así como a la portabilidad de los mismos y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, remitiendo un correo electrónico, junto con la copia de su DNI, a la dirección [atencionlopd@musaat.es](mailto:atencionlopd@musaat.es). Asimismo, si tiene alguna pregunta/cuestión en relación con el tratamiento de sus datos personales, puede ponerse en contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos a través de la dirección [dpd@musaat.es](mailto:dpd@musaat.es).

En el supuesto de que finalmente no esté satisfecho con el uso que hacemos de sus datos personales puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si desea ampliar información sobre nuestra Política de Privacidad, consulte nuestra página web <https://www.musaat.es/politica-de-privacidad>.