

## PARTE DE MODIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

### ASEGURADO / TOMADOR

 Apellidos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Población: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_ NIF/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Correo-e: \_\_\_\_\_

### PAGADOR

 D./Dña./Denominación Social: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Población: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_ NIF/CIF/Pasaporte: \_\_\_\_\_

### EJERCICIO PROFESIONAL

¿CÓMO EJERCE ACTUALMENTE LA PROFESIÓN?

- Liberal/Autónomo.
- Asalariado. Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ CIF: \_\_\_\_\_
- Funcionario. Nombre de la Administración: \_\_\_\_\_ CIF: \_\_\_\_\_

 ¿Ejerce/actúa como auditor energético? Sí  NO  En caso afirmativo, por favor, adjunte certificado acreditativo.

¿Dispone de un certificado emitido por la ACP (Agencia de Certificación Profesional de la Edificación y la Arquitectura)?

- Sí. Válido hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  NO En caso afirmativo, por favor, adjunte certificado acreditativo.

 ¿Ejerce/actúa como mediador en asuntos civiles y mercantiles? Sí  NO 

 ¿Desea asegurar otra profesión de la que disponga de titulación oficial?  Sí  NO

 En caso de respuesta afirmativa, indique cuál:  Aparejador/AT/IE  Arquitecto  Ingeniero

Año de inicio de la actividad Aparejador/AT/IE \_\_\_\_\_ Arquitecto \_\_\_\_\_ Ingeniero \_\_\_\_\_

 ¿Le han encargado nuevas intervenciones profesionales en obra desde 01/07/2013?  Sí  NO

 ¿Ha tenido asegurada esta profesión con anterioridad?  Sí  NO ¿En qué aseguradora? \_\_\_\_\_

 Cobertura suscrita  € Franquicia \_\_\_\_\_

 Fecha de vencimiento 

En caso de rescisión por la aseguradora, indicar causas \_\_\_\_\_

Si mantiene alguna otra póliza de Responsabilidad Civil Profesional en vigor, detallarla \_\_\_\_\_

 ¿Tiene usted reclamaciones en los cinco últimos años anteriores a la fecha de la solicitud, hayan sido declarados o no a MUSAAT? Sí  NO 

En caso afirmativo, rellene el siguiente cuadro indicando la descripción de la intervención, las causas, la fecha, el importe y la situación actual de las reclamaciones. Si faltara espacio, por favor, adjunte una hoja firmada con el resto de información.

	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN	CAUSAS	COMPAÑÍA DE SEGUROS	FECHA DE RECLAMACIÓN	IMPORTE	SITUACIÓN
1						
2						
3						
4						
5						

 ¿Tiene usted conocimiento o sospecha de acto, error u omisión profesional que pudiera dar lugar a una reclamación contra usted, o reclamaciones recibidas por otros aparejadores o agentes constructivos en intervenciones profesionales en las que usted también participó (\*): Sí  NO

**SUMA ASEGURADA**

¿DESEA MODIFICAR SU LÍMITE ASEGURADO INDIVIDUAL? En caso afirmativo, señale la nueva cifra que desea contratar:

- 150.000 €       250.000 €       400.000 €       750.000 €       2.000.000 €  
 187.500 €       312.500 €       600.000 €       1.200.000 €       3.000.000 €

En caso de aumento de límite, indique de forma detallada el motivo por el que desea aumentar su cobertura: \_\_\_\_\_

¿DESEA AUMENTAR LA SUMA ASEGURADA PARA RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS PERSONALES A TERCEROS?  SÍ  NO

En caso afirmativo, su suma asegurada para reclamaciones derivadas de daños personales a terceros será la que corresponda a su límite asegurado individual según la siguiente tabla:

Límite asegurado individual (€ por siniestro)	Suma asegurada adicional para daños personales a terceros (€ por siniestro)	Suma asegurada total (€ por siniestro)
150.000 €	300.000 €	450.000 €
187.500 €	375.000 €	562.500 €
250.000 €	500.000 €	750.000 €
312.500 €	625.000 €	937.500 €
400.000 €	600.000 €	1.000.000 €
600.000 €	650.000 €	1.250.000 €
750.000 €	500.000 €	1.250.000 €

¿Desea fraccionar en dos pagos la prima de esta suma asegurada adicional?  SÍ  NO  
 Esta opción se puede solicitar únicamente hasta el 31/03

¿DESEA AUMENTAR LA SUMA ASEGURADA PARA RECLAMACIONES DERIVADAS DE TASACIONES/PERITACIONES/INFORMES?  SÍ  NO

En caso afirmativo, marque la suma asegurada que desea contratar:

- 350.000 €  
 450.000 €  
 550.000 €  
 800.000 €

No se podrá contratar este aumento si el límite asegurado individual es superior al importe seleccionado.

¿Desea fraccionar en dos pagos la prima de esta suma asegurada adicional?  SÍ  NO  
 Esta opción se puede solicitar únicamente hasta el 31/03

COLEGIO       MEDIADOR       NÚMERO PÓLIZA       NÚMERO COLEGIADO       FECHA EFECTO (\*)

Ruego realicen la modificación anteriormente indicada con el efecto reseñado y las condiciones detalladas.

**Al solicitar el cambio de garantía de la póliza, declaro expresamente no tener conocimiento o sospecha de acto, error u omisión profesional que pudiera dar lugar a una reclamación con anterioridad a la fecha de esta solicitud.**

**El firmante reconoce y declara que son ciertos los datos que en esta solicitud se contienen y que constituye la base y forma parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado.**

(\*) La fecha de efecto nunca podrá ser anterior a la fecha de entrada de la presente solicitud en MUSAAT. Esta solicitud está sujeta a la aceptación por parte de MUSAAT.

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 MEDIADOR

EL ASEGURADO