

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 _____

 ¿Tiene intervenciones profesionales en obra anteriores? 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 € 2.500.000 €
 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

Responsable	MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija
Finalidad	Tramitación de la modificación correspondiente a la suma asegurada de la póliza de seguro contratada
Legitimación	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 las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
Destinatarios	Se prevé la cesión de sus datos de carácter personal a entidades y corporaciones del Grupo MUSAAT, así como a otras entidades con las que se firme un contrato de colaboración. No hay previsión de transferencias a terceros países
Derechos	Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición, tal y como se explica en la información adicional o segunda capa. También tiene derecho a presentar reclamaciones ante MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, a través de su Servicio de Atención al Cliente
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestra página web: www.musaat.es/protecciondatos

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

EL MEDIADOR

EL ASEGURADO