



W.R. BERKLEY ESPAÑA

SOLICITUD DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PREVENCIÓN Y SALUD LABORAL AEPSAL.

1. TOMADOR

Nombre / Razón Social: Asociación de Especialistas en Prevención y Salud Laboral.

C.I.F.: G62991161

Domicilio: C/ Valencia, 333 4º 2ª Barcelona 08009

2. ASEGURADO

Nombre / Razón Social:

C.I.F.:

Domicilio:

Localidad y Provincia:

CP:

3. ACTIVIDAD PROFESIONAL

Descripción de la actividad que realiza la empresa donde trabaja y le han asignado el cargo de Técnico en Prevención de Riesgos.

4. CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE COBERTURA

RC Profesional con un capital asegurado de 600.000.-€, Franquicia fija de 1.500.-€

Defensa y Fianzas, Claims Made retroactividad de 12 meses.

Primas por persona física, Unión Europea

Capital Asegurado	Prima Neta Anual	Prima Total Anual	Nivel Personal	Opción escogida
600.000.-€	200,00.-€	212,30.-€	Básico	
600.000.-€	250,00.-€	265,38.-€	Médio	
600.000.-€	300,00.-€	318,45.-€	Superior	
600.000.-€	350,00.-€	371,53.-€	Superior con * Coordinación de seguridad y Salud	
600.000.-€	450,00.-€	477,68.-€	Superior con inclusión Anexo I	
600.000.-€	525,00.-€	557,29.-€	Superior con inclusión Anexo I y *Coordinación de seguridad y Salud	

*La cobertura de Coordinación de seguridad y salud quedará cubierta siempre y cuando dicha actividad no supere el 30% del total de la facturación anual de la empresa por el total de su actividad.

5. DISCIPLINAS PREVENTIVAS PRESTADAS

DISCIPLINAS PREVENTIVAS PRESTADAS	%
Seguridad	
Higiene	
Ergonomía / Psicología	
Vigilancia de la Salud	
Coordinación en Materia de Seguridad y Salud Laboral	

6. RECLAMACIONES ANTERIORES

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional?

SI

NO

En caso afirmativo, indicar: Fecha, causa, nombre del reclamante, así como el coste económico que tuvo, si lo conociese: *(Si lo precisa y para mayor comodidad extender en hoja a parte.)*

7. DOMICILIACIÓN BANCARIA:

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta (10 Dígitos)

7. DECLARACIÓN

El solicitante declara que lo escrito en esta solicitud es del todo verdad. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forman las bases de un contrato de seguro efectuado entre WR Berkley España, y el mismo. El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a WR Berkley España de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

Fdo. _____ En _____ a _____ de _____ de 2.00__

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL Se informa al interesado que WR Berkley España, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable WR Berkley España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por WR Berkley España, sobre sus productos y servicios. El Asegurado/Tomador autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El Asegurado/Tomador podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a WR Berkley España, Paseo De la Castellana, 149, 6ª planta, Edificio Gorbea 2, 28046 Madrid, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. En el caso de que el Asegurado/Tomador facilite a WR Berkley España información relativa de los Asegurados o Perjudicados, el Asegurado/Tomador, manifiestan que todos esos datos que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos; y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Asegurado/Tomador al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.