

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
 INDIVIDUAL FEDECA FUNCIONARIOS ADMINISTRACION CIVIL DEL ESTADO, DE
 LAS CCAA y ADMINISTRACION LOCAL**

1. TOMADOR y ASEGURADO

Nombre y Apellidos:	
N.I.F.	
Domicilio social:	
Localidad y Provincia:	CP:
Telf. Móvil:	Mail:
Cuerpo al que pertenece	

2. 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:

¿Conoce algún supuesto o hecho realizado durante los últimos años por el que pudiera sufrir una reclamación?
 SI NO

En caso afirmativo, detalle las circunstancias: (Si fuese necesario rogamos adjunten hoja a parte explicativa)

3. SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES

¿Ha tenido alguna póliza que cubra los mismos riesgos o similares, contratada a través de algún Colegio, Asociación o similar? SI NO

En caso afirmativo, indicar: (Si fuese necesario rogamos adjunten hoja a parte explicativa)

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

4. OPCIONES DE COBERTURA

Opciones póliza individual		
Capitales asegurados	Prima total	Marque su opción
300.000 €	140 €	
450.000 €	180 €	
600.000€	210 €	
1.000.000 €	250 €	

5. GARANTIAS

- ✓ Objeto del seguro: la Responsabilidad Civil Profesional que directa, solidaria y subsidiariamente pueda derivarse para el Funcionario como consecuencia de los daños y perjuicios causados involuntariamente a terceros por hechos que deriven de su actividad como Funcionario del Cuerpo al que pertenece indicada en esta solicitud, incluyendo la responsabilidad contable y la responsabilidad patrimonial en los términos indicados en la póliza.
- ✓ Se contempla en esta póliza la **retroactividad ilimitada** para actos profesionales realizados antes de la entrada en vigor de la póliza y cuya reclamación al asegurado se produzca estando en vigor la póliza; criterio "claims made" para aquellos hechos no conocidos (siniestro = reclamación).
- ✓ **Inhabilitación Profesional:** un máximo de 2.500.- € mensuales por 12 meses.
- ✓ **Gastos de restitución de imagen:** 60.000€.
- ✓ **Responsabilidad Civil derivada del incumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)** hasta 60.000.-€ por siniestro y año de seguro.
Franquicia: 3.000€
- ✓ **Daños a Expedientes** hasta 60.000.-€ por siniestro y año de seguro. Franquicia 15%
- ✓ **Defensa Civil y Penal** por Abogados privados y Procuradores designados por HISCOX ESPAÑA, la constitución de Fianzas, la defensa contra reclamaciones infundadas y el pago de las costas y gastos judiciales o extrajudiciales.
- ✓ **Franquicia general** en responsabilidad civil profesional: 10% mínimo 200 €, máximo 2.000€
- ✓ **Ámbito geográfico:** todo el mundo excepto USA y Canadá.

6. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco / Caja:			
Sucursal / Agencia:			
Domicilio:			
Localidad:		C.P.:	Provincia:
Entidad	Oficina	D.C.	N.º 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 Hiscox España, y el mismo. El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a Hiscox 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 _____

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que Hiscox 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 Hiscox España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por Hiscox 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 Hiscox España, Calle de Miguel Ángel, 11, 4ª planta, 28010 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 Hiscox España información relativa a los Asegurados o Perjudicados, el Asegurado/Tomador, manifiestan que todos esos datos que comuniquen al Asegurado 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.