

## Solicitud de seguro

# Responsabilidad Civil Sanitaria

## Berkley Centros Sanitarios con Terapias Naturales-Naturopatías

### 1. Tomador

Nombre/razón social \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Fecha constitución sociedad \_\_\_\_\_

Domicilio social \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidad y provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nombre y apellido persona contacto \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### 2. Información general

Fecha del establecimiento o fundación: \_\_\_\_\_

Información financiera: \_\_\_\_\_

Volumen de facturación anual / ingresos por honorarios anuales: \_\_\_\_\_

2.1. ¿Es un franquiciador o franquicia?  Sí  NO

2.2. Número de centros a asegurar \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_

Ubicación \_\_\_\_\_

2.3. Cualificación del titular y/o trabajadores del centro:

2.4. ¿Cuenta el centro con personal en período de formación?  Sí  NO

2.5. Descripción de la actividad desarrollada, especialidades y prácticas que se realizan

2.6. ¿Existen consentimientos informados para los clientes?  Sí  NO

2.7. ¿En qué actividades? Imprescindible remitir copia a la Aseguradora

### 2.8. Actividad

¿Existe un servicio de recepción para citar a pacientes?  NO  Sí¿Existen más socios en la clínica?  NO  Sí¿Existen otros profesionales (fitoterapeutas o terapeutas vinculados con la clínica)?  NO  Sí¿Se dedica exclusivamente la clínica al alquiler de sus instalaciones a otros profesionales?  NO  SíRevisan periódicamente los seguros de estos profesionales para confirmar su vigencia?  NO  Sí¿Tiene la clínica algún profesional contratado?  NO  Sí¿Ha practicado anteriormente la clínica alguna actividad distinta a la actualmente declarada?  NO  Sí

Por favor, especifique

## 2.9. Productos aplicables

¿Venden en el centro productos a los clientes?  SÍ  NO

¿Tienen tienda específica para la comercialización al público?  SÍ  NO

¿En qué terapias / actividades comercializan productos? \_\_\_\_\_

¿Fabrican o desarrollan algún producto en el centro? \_\_\_\_\_

¿Está debidamente autorizado su uso por los organismos de Sanidad Competentes?  SÍ  NO

## 3. Información sobre las actividades en el centro

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura                | <input type="checkbox"/> Equilibrio de esqueleto         | <input type="checkbox"/> Masaje incl. pañuelos profundos |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura auricular      | <input type="checkbox"/> Esencia de concha               | <input type="checkbox"/> Masaje indio en la cabeza       |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura de color       | <input type="checkbox"/> Esencias vibracionales          | <input type="checkbox"/> Masaje thai                     |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura electromagn.   | <input type="checkbox"/> Fitobiofísica                   | <input type="checkbox"/> Medicina china de hierbas       |
| <input type="checkbox"/> Adiestramiento de la vida | <input type="checkbox"/> Fitoterapia                     | <input type="checkbox"/> Meditación                      |
| <input type="checkbox"/> Agujas secas              | <input type="checkbox"/> Flebotomía                      | <input type="checkbox"/> Método Bates                    |
| <input type="checkbox"/> Alergia alimentaria       | <input type="checkbox"/> Giro tónica                     | <input type="checkbox"/> Método egoscue                  |
| <input type="checkbox"/> Alivio                    | <input type="checkbox"/> Giroquinesis                    | <input type="checkbox"/> Método melchidezek              |
| <input type="checkbox"/> Alivio Buqi               | <input type="checkbox"/> Hidroterapia                    | <input type="checkbox"/> Método mezieres                 |
| <input type="checkbox"/> Alivio de animales        | <input type="checkbox"/> Hipnosis                        | <input type="checkbox"/> Moxibustion                     |
| <input type="checkbox"/> Alivio de stress Dowsing  | <input type="checkbox"/> Homeopatía                      | <input type="checkbox"/> Myo Chi                         |
| <input type="checkbox"/> Alivio por sonido         | <input type="checkbox"/> Human Givens                    | <input type="checkbox"/> Naturopatía                     |
| <input type="checkbox"/> Alivio Reconectivo        | <input type="checkbox"/> HypertonX                       | <input type="checkbox"/> Neuroterapia                    |
| <input type="checkbox"/> Aproximación Trager       | <input type="checkbox"/> Instructor de masaje de bebés   | <input type="checkbox"/> Ohashiatsu                      |
| <input type="checkbox"/> Armonía de cuerpo         | <input type="checkbox"/> Instructor gimnasia o fitness   | <input type="checkbox"/> Presión acuática                |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapia              | <input type="checkbox"/> Integración mio facial kinesica | <input type="checkbox"/> Profesores de baile 5 ritmos    |
| <input type="checkbox"/> Autogenica                | <input type="checkbox"/> Iridologila                     | <input type="checkbox"/> Programación neuro lingüística  |
| <input type="checkbox"/> Ayurveda                  | <input type="checkbox"/> Irrigación de colon             | <input type="checkbox"/> Psicodinamica                   |
| <input type="checkbox"/> Bio cinética              | <input type="checkbox"/> ISRHA                           | <input type="checkbox"/> Psicólogo                       |
| <input type="checkbox"/> Biomecánica de Golf       | <input type="checkbox"/> La Stone                        | <input type="checkbox"/> Psicoterapia                    |
| <input type="checkbox"/> Bioquímica                | <input type="checkbox"/> Láser a nivel bajo              | <input type="checkbox"/> Quinesiología                   |
| <input type="checkbox"/> Buteyko                   | <input type="checkbox"/> Lenguaje del cuerpo             | <input type="checkbox"/> Quiropráctico MC Timotey        |
| <input type="checkbox"/> Chi Machure               | <input type="checkbox"/> Máquina Vega                    | <input type="checkbox"/> Radiestesia                     |
| <input type="checkbox"/> Cimatia                   | <input type="checkbox"/> Máquina y pilates               | <input type="checkbox"/> Radionica                       |
| <input type="checkbox"/> Consejo                   | <input type="checkbox"/> Masaje                          | <input type="checkbox"/> Reflexiologia                   |
| <input type="checkbox"/> Dirección de stress       | <input type="checkbox"/> Masaje de remedio               | <input type="checkbox"/> Reiki                           |
| <input type="checkbox"/> Drenaje linfático         | <input type="checkbox"/> Masaje deportivo                | <input type="checkbox"/> Rejuvenecimiento Rubenfeld      |
| <input type="checkbox"/> El Viaje                  | <input type="checkbox"/> Masaje en el puesto             | <input type="checkbox"/> Relajación                      |
| <input type="checkbox"/> Energía cinética          | <input type="checkbox"/> Masaje en escuelas              | <input type="checkbox"/> Relajación mio facial           |
| <input type="checkbox"/> Enseñanza de Alexander    | <input type="checkbox"/> Masaje equino                   | <input type="checkbox"/> Relajación Neuromuscular        |
| <input type="checkbox"/> Equilibrio cero           | <input type="checkbox"/> Masaje facial japonés           | <input type="checkbox"/> Remedios Bach                   |
| <input type="checkbox"/> Equilibrio de energía     | <input type="checkbox"/> Masaje hidrotermal              | <input type="checkbox"/> Respiración consciente          |

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rolfing                        | <input type="checkbox"/> Terapia Cite                    | <input type="checkbox"/> Terapia neuro estructural |
| <input type="checkbox"/> Seiki soho                     | <input type="checkbox"/> Terapia cráneo sacra            | <input type="checkbox"/> Terapia provocativa       |
| <input type="checkbox"/> Seitai                         | <input type="checkbox"/> Terapia de bioresonancia        | <input type="checkbox"/> Terapia Richian           |
| <input type="checkbox"/> Shamanics                      | <input type="checkbox"/> Terapia de color                | <input type="checkbox"/> Terapia seikham           |
| <input type="checkbox"/> Shiatsu                        | <input type="checkbox"/> Terapia de cristal              | <input type="checkbox"/> Terapia toque ligero      |
| <input type="checkbox"/> Sinergia                       | <input type="checkbox"/> Terapia de electro cristal      | <input type="checkbox"/> Termal Chavautti          |
| <input type="checkbox"/> Sistema energético nutricional | <input type="checkbox"/> Terapia de estimulación electr. | <input type="checkbox"/> Toque de salud            |
| <input type="checkbox"/> Skenar                         | <input type="checkbox"/> Terapia de neuro desarrollo     | <input type="checkbox"/> Trabajo corp. biodinámica |
| <input type="checkbox"/> Tai Chi                        | <input type="checkbox"/> Terapia de nutrición            | <input type="checkbox"/> Trabajo de Heller         |
| <input type="checkbox"/> Técnica Bowen                  | <input type="checkbox"/> Terapia de polaridad            | <input type="checkbox"/> Trabajos en la columna    |
| <input type="checkbox"/> Técnica de energía del músculo | <input type="checkbox"/> Terapia de reflejo vertical     | <input type="checkbox"/> Velas de oído Hopi        |
| <input type="checkbox"/> Técnica de libertad emocional  | <input type="checkbox"/> Terapia de relajación           | <input type="checkbox"/> Verbalismo                |
| <input type="checkbox"/> Técnica metamórfica            | <input type="checkbox"/> Terapia de respiración          | <input type="checkbox"/> Voz y movimiento          |
| <input type="checkbox"/> Terapia auricular termal       | <input type="checkbox"/> Terapia de stress bioenergética | <input type="checkbox"/> Watsu                     |
| <input type="checkbox"/> Terapia Bicom Otra grado       | <input type="checkbox"/> Terapia de vibración            | <input type="checkbox"/> Yoga                      |
| <input type="checkbox"/> Terapia biomagnetica           | <input type="checkbox"/> Terapia en movimiento           |  |
| <input type="checkbox"/> Terapia Chetana                | <input type="checkbox"/> Terapia Hakomi                  |  |

¿Le han denegado o restringido sus servicios en algún centro sanitario?

NO  Sí

¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo?

NO  Sí

¿Ha ejercido la misma actividad profesional durante los últimos 5 años?

NO  Sí

Información adicional que pudiera ser relevante: \_\_\_\_\_

#### 4. Personal

Descripción	Experiencia profesional	Núm. Empleados con relación laboral	Núm. Colaboradores con relación mercantil
Personal titulado (especificar titulación): • Médicos (detallar especialidad): • Fisioterapeutas • Psicoterapeutas			
Terapeutas (detallar especialidad)			
Personal sanitario (especificar cualificación):			
Resto de personal • Administración • Recepción • Dirección • Servicios generales			

¿Se exige al personal que disponga de una póliza de Responsabilidad Civil Profesional?

Personal médico  NO  SÍ límites exigidos \_\_\_\_\_

Personal sanitario no-facultativo  NO  SÍ límites exigidos \_\_\_\_\_

## 5. Capitales Asegurados y coberturas

### 5.1. Capital asegurado

#### Capital asegurado

- 300.000
- 600.000
- 1.500.000
- Otro: \_\_\_\_\_

#### Coberturas

- R.C. Profesional
- R.C. Explotación
- R.C. Patronal
- Defensa Jurídica y Fianzas
- Garantía opcional para tratamientos con láser
- Garantía opcional para aplicación de infiltraciones S4

### 5.2. Centro o establecimiento (exclusivamente para R.C. Explotación)

Por favor, detalle a continuación todas las instalaciones que ocupa. Si entre ellas presentan características diferentes, especifíquelas en hoja adjunta.

Dirección	Utilización	Año constr.	Núm. plantas	Tipo construcción*	Sprinklers	Protección contra robo
					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Superficie (m <sup>2</sup> )	Valor asegurado del continente	Valor asegurado del contenido	Valor asegurado de obras y reformas	Seguro de equipos y maquinaria	Edificio en propiedad o arrendado
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

### 5.3. Instalaciones y/o equipos, uso y volumen de actividad

Instalaciones y equipos / uso	Alquilados o cedidos	Descripción
Número de camillas:		
Terapeutas (detallar especialidad)		
Equipos técnicos y/o maquinaria (descripción):		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• equipos de láser / IPL / VPL</li> <li>• LPG</li> <li>• Infrarrojos</li> </ul>		

## 6. Seguros vigentes y anteriores

¿Ha tenido alguna póliza de Responsabilidad Civil?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar:

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna póliza a título individual que cubra los mismos riesgos o similares?

NO

Sí En caso afirmativo, indicar:

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ Fecha vencimiento: \_\_\_\_\_

Límite asegurado: \_\_\_\_\_ Prima neta: \_\_\_\_\_ Franquicia: \_\_\_\_\_

## 7. Reclamaciones anteriores

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación o siniestro?

Sí

NO

¿Ha sufrido en los últimos tres años alguna reclamación o siniestro?

Sí

NO

¿Tiene conocimiento de cualquier hecho o acto médico que pueda dar origen a alguna reclamación o procesamiento futuro contra usted, contra su entidad o contra el personal contratado?

Sí

NO

En caso de alguna respuesta afirmativa, cumplimente por favor los siguientes campos y utilice, si lo precisa, hoja anexa con mayor detalle.

Fecha acto médico: \_\_\_\_\_ Fecha reclamación a la cía. aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre cía. aseguradora: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Coste o reservas del siniestro: \_\_\_\_\_

Establecimiento sanitario donde ocurrió: \_\_\_\_\_

Situación actual: (cerrado, pendiente, abierto) \_\_\_\_\_

Garantía afectada:  R.C. General  R.C. Profesional  R.C. Patronal

Nombre y apellidos reclamante: \_\_\_\_\_

¿Ha sido suspendido o inhabilitado de su empleo, profesión o cargo público?  NO  Sí

## 8. Domiciliación bancaria

A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR

Referencia orden de domiciliación (constará de su CIF/NIF y su número de cuenta)

Identificación acreedor: ES46633W0371455G

Nombre del acreedor: W.R. BERKLEY EUROPE AG SUCURSAL EN ESPAÑA

Dirección del acreedor: Paseo de la Castellana, 149, 8a planta C.P. / Población / País: 28048 Madrid, España.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población / Provincia / País de residencia \_\_\_\_\_

Número de cuenta IBAN

Swift - BIC (puede contener de 8 a 10 posiciones)

Tipo de pago  Pago recurrente (renovación/fraccionamiento/ajustes)  o Pago único

Lugar y fecha de la firma \_\_\_\_\_

Firma del tomador: Por favor firme aquí

Mediante la firma de esta orden de domiciliación bancaria, el deudor autoriza a (A) W.R. BERKLEY EUROPE AG SUCURSAL EN ESPAÑA a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de W.R. BERKLEY EUROPE AG SUCURSAL EN ESPAÑA. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad 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.

Nota: puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación, debe ser enviada al acreedor para su custodia. La entidad del deudor requiere autorización de éste previa al cargo en cuenta de los adeudos directos SEPA. El deudor podrá gestionar dicha autorización con los medios que su entidad ponga a su disposición.

## 9. Política de privacidad de Berkley España

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 26 de julio de 2018

Ponemos a su disposición nuestra Política de Privacidad para proporcionarle toda la información relativa a los datos personales que podemos recoger y el uso que daremos a dicha información y para garantizar el puntual cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos personales.

Es importante que lea esta Política de Privacidad atentamente. Por favor, en caso de duda contacte con nosotros mediante correo postal o electrónico en las direcciones que figuran más abajo.

### ¿Quién trata sus datos?

El Responsable del tratamiento de sus datos es W.R. BERKLEY EUROPE AG, SUCURSAL EN ESPAÑA (en adelante BERKLEY).

Hemos nombrado a una persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad (el Delegado de Protección de Datos o "DPD"), ante quien podrá ejercer sus derechos, presentar cualquier reclamación o solicitar la aclaración de cualquier duda, mediante correo postal dirigido a la dirección Paseo de la Castellana 149, 28046, Madrid o en el correo electrónico [GDPRinfo@wrberkley.com](mailto:GDPRinfo@wrberkley.com)

### ¿Para qué finalidades se tratan sus datos?

Los datos personales que recogemos dependerán de su relación con nosotros. Recogeremos distintas categorías de datos personales dependiendo de si Usted es un tomador, asegurado o potencial asegurado, un beneficiario de una póliza de seguro de BERKLEY, un perjudicado o reclamante, un testigo, un corredor, otro tipo de mediador de seguros y/o reaseguros, representantes designados u otro tercero –socio comercial, prestador de servicios en relación con un contrato de seguro, etc.

Así, podremos utilizar sus datos personales para:

- Valorar una solicitud de seguro, analizar y evaluar el riesgo y, de conformidad con las condiciones aplicables, poder ofrecerle un seguro. Dentro del proceso de suscripción puede existir la elaboración de perfiles, donde se recurre a procesos automatizados. Una vez que le hayamos proporcionado su póliza, utilizaremos sus datos personales para administrar su póliza, tratar sus consultas y gestionar el proceso de renovación.

- Prestar servicios relacionados con el seguro, las reclamaciones y la asistencia, así como otros productos y servicios que nosotros facilitemos, incluyendo la evaluación, administración y resolución de siniestros y reclamaciones, así como la solución de conflictos relacionados con estos.
- Prevenir, detectar e investigar delitos, incluyendo el fraude y el blanqueo de capitales, así como para analizar y gestionar otros riesgos comerciales.
- Ofrecer información de marketing, de conformidad con las preferencias que usted nos haya comunicado (la información de marketing puede ser acerca de productos y servicios que terceros en tanto socios nuestros le ofrezcan, en virtud de las preferencias que usted haya mencionado). Es posible que llevemos a cabo actividades de marketing por medio del correo electrónico, SMS y demás servicios de mensaje de texto, correo postal y teléfono.
- Cumplir con la legislación aplicable y con las obligaciones de las autoridades reguladoras (incluyendo aquellas leyes y regulaciones de fuera del país donde resida); por ejemplo, aquellas leyes y regulaciones relacionadas con las medidas frente al blanqueo de capitales, las sanciones y el antiterrorismo; para cumplir con procedimientos judiciales y resoluciones judiciales; y para responder a solicitudes de autoridades públicas y gubernamentales (incluyendo aquellas de fuera de su país de residencia).

Antes de recoger y/o tratar datos personales sensibles, nos aseguraremos de contar con una de las siguientes bases de legitimación:

- Usted haya prestado su consentimiento explícito;
- Necesitemos usar dichos datos personales para formular, ejercitar o defender reclamaciones; o
- Necesitemos usar sus datos personales por razón de un interés público esencial, como podría ser el tratamiento de sus datos personales sensibles para el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro cuando las leyes nacionales o la normativa europea directamente aplicable contemplasen específicamente esta posibilidad.

No obstante lo anterior, en ciertas circunstancias, necesitaremos su consentimiento explícito para tratar datos personales sensibles (por ejemplo, si no existiese una base de legitimación más adecuada, podríamos necesitar recabar su consentimiento explícito para tratar datos personales sobre salud). En los casos en los que no exista una base de legitimación más adecuada y tengamos que recabar su consentimiento explícito, es posible que, sin este consentimiento, no podamos proporcionarle una póliza o tramitar sus reclamaciones. En todo caso, siempre le explicaremos por qué el consentimiento es necesario y cuáles son las consecuencias de no prestarlo o de retirarlo –pues tendrá derecho a ello en todo momento.

#### ¿Por qué se tratan sus datos?

Los tratamientos necesarios lo son para cumplir el ordenamiento jurídico y sus contratos, o solicitudes. Los adicionales, si es Usted cliente o acepta nuestra política de protección de datos, están basados en su consentimiento, que siempre puede revocar sin detrimento alguno, o en el interés legítimo, ponderado con el derecho a su privacidad. Esta ponderación se ha realizado de acuerdo con la normativa y los criterios comunicados por las autoridades en materia de protección de datos, siempre pensando que con ello podemos mejorar la calidad de nuestros productos y servicios para atenderle de manera más personalizada y comunicarle nuestras ofertas.

#### ¿Quiénes podrán ver sus datos?

Trabajamos con un gran número de terceros para ayudar a gestionar nuestro negocio y prestar servicios. Estos terceros pueden ocasionalmente tener acceso a sus datos personales. Entre estos terceros podrán figurar:

- Mediadores, otros aseguradores / reaseguradores y TPAs que trabajen con nosotros para ayudar a gestionar el proceso de suscripción, administrar nuestras pólizas, prestar asistencia o gestionar siniestros.
- Proveedores de servicios, que ayudan a gestionar nuestros sistemas de Marketing, TI y back office.
- Otras compañías pertenecientes a W.R. Berkley Corporation.
- Organismos oficiales.

Podemos estar obligados legalmente a comunicar sus datos personales a tribunales, reguladores, autoridades policiales o, en determinados casos, a otras aseguradoras o reaseguradoras. En el caso de operaciones societarias, podríamos transferir sus datos personales a las diferentes partes involucradas.

#### ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de tiempo exacto durante el cual conservemos sus datos personales, dependerá de su relación con nosotros y del tipo de datos personales que poseamos. En este sentido, conservaremos sus datos personales durante el tiempo que sea razonablemente necesario para los fines enumerados en el apartado segundo.

Debe tener en cuenta que, entre las finalidades establecidas para el tratamiento de sus datos personales, se encuentra el cumplimiento de nuestras obligaciones legales y regulatorias. Por tanto, en circunstancias específicas, también podremos conservar sus datos personales durante períodos de tiempo más prolongados para tener un registro preciso de las gestiones que ha realizado con nosotros en caso de reclamaciones o impugnaciones, o si consideramos razonablemente que existe la posibilidad de un litigio en relación con sus datos personales o gestiones.

#### ¿Cuáles son sus derechos?

Podrá acceder, rectificar, suprimir sus datos, oponerse al uso de los mismos, revocar sus consentimientos, así como otros derechos reconocidos por la normativa como el derecho de portabilidad, limitación del tratamiento, o presentar reclamación ante la Agencia de Protección de Datos, o a nuestro Delegado de Protección de Datos.

Además, si se tomaran decisiones automatizadas que le afecten, siempre puede solicitar intervención humana para revisarlas, y siempre puede oponerse a cualquier tratamiento, o revocar el consentimiento sin ningún perjuicio para Usted.

Puede ejercitar sus derechos remitiéndonos una carta adjuntando copia de su DNI, o documento oficial equivalente, con el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS" en la siguiente dirección: Paseo de la Castellana 149, 28046 Madrid, o a través del correo electrónico [GDPRinfo@wrberkley.com](mailto:GDPRinfo@wrberkley.com).

## 10. Declaración

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente, tergiversado o suprimido hechos después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forma parte del contrato de seguro formalizado entre Berkley España y el solicitante. El asegurado o tomador se compromete a informar a Berkley España de una posible modificación de cualquier información declarada en este cuestionario, ocurrida antes o durante la vigencia de la póliza de seguro.

(Por favor, firme aquí)

Firmado (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_