BOLETÍN DE ADHESIÓN AL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 2017-2018

GRUPO PSN

COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS TÉCNICOS AGRÍCOLAS CASTILLA - DUERO
PÓLIZA Nº SM01171000021

Por el presente documento, se solicita contratar el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, con la compañía AMIC Seguros Generales S.A (Grupo PSN) conforme a las condiciones acordadas por el **Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Agrícolas de Castilla - Duero**.

Destacamos las principales características de este seguro, debiendo estar en todo caso, al contenido recogido en sus Condiciones Generales, Particulares y Especiales:

- Ampara las reclamaciones por daños corporales, daños materiales y los perjuicios económicos, así como los daños patrimoniales puros.
- Distintas opciones de contratación a elección del Asegurado: desde 75.000 € hasta 2.000.000 € por siniestro y año de seguro.
- Amplia definición del concepto de Asegurado (Incluyendo Sociedades que se hayan indicado expresamente en este documento).
- Los trabajos profesionales cuyo visado sea legalmente obligatorio requerirán para la cobertura del seguro, que dichos trabajos dispongan de visado.
- Cobertura gratuita para los nuevos colegiados recién licenciados durante la primera anualidad.

Coberturas: Responsabilidad Civil Profesional (Incluida la Gestión Integral de Plagas en todas las modalidades de contratación, Coordinación de Seguridad y Salud, Actividad de Prevención de Riesgos Laborales, Contaminación Medioambiental y Acústica accidental y repentina, Actividad de Mediación). R.C Explotación, R.C Patronal, R.C Locativa, Daños a Expedientes/Documentos, Inhabilitación Profesional (hasta 2.500 € / Mes máximo 18 meses), Infidelidad de Empleados, R.C por LOPD y Restitución de Imagen (incluido servicio de Orientación sobre normativa en LOPD) Defensa Jurídica y Fianzas, Asistencia Jurídica Ampliada (Agresiones y Contrademanda, Asistencia Jurídica telefónica y Borrado Digital Profesional).

Franquicia General: Sin Franquicia

Delimitación Temporal: Siniestros Reclamados durante la Vigencia de la Póliza con Retroactividad Ilimitada y Periodo informativo adicional de 12 meses tras anulación de la Póliza.

Delimitación Geográfica: Todo el Mundo, salvo USA, y Canadá.

En caso de estar interesado en suscribir este seguro, por favor, cumplimente los datos que se solicitan a continuación y envíelo al Email: mutualista@grupopsn.es. Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el teléfono 91 061 67 90.

Datos del Asegurado:

Nombre y Apellidos:	N.I.F.:
Domicilio: Ciudad:	C.P.:
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _______ Teléfono:	E-Mail:
Sociedades del Asegurado:	C.I.F.:

Modalidad de Asegurado:

Activo: Libre ejercicio ☐ Cuenta ajena ☐	Inactivo: Permanente ☐ Temporal ☐
Nuevo Colegiado recién licenciado ☐	Colegiados Técnicos pertenecientes a otros Colegios ☐

Datos Bancarios: IBAN E S | País | Nº Control | Entidad | Oficina | D.C. | Nº de Cuenta Corriente

Titular de la cuenta corriente: ______________________________

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA: Autorizo a Amic Seguros Generales S.A, CIF-A78920105, con código ES46022A78920105 a cargar y enviar a mi cuenta indicada, los recibos correspondientes a la póliza contratada de pago recurrente. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por la entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las 8 semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

MODALIDAD DE AMPLIACIÓN	SUMA ASEGURADA (Por Siniestro, asegurado y año	PRIMA BRUTA ANUAL (Impuestos incluidos)	SEÑALE LA OPCIÓN A CONTRATAR	MODALIDAD DE AMPLIACIÓN	SUMA ASEGURADA (Por Siniestro, asegurado y año	PRIMA BRUTA ANUAL (Impuestos incluidos)	SEÑALE LA OPCIÓN A CONTRATAR
A	75.000,00€	143,18€		E	750.000,00€	493,03€	
B	150.000,00€	286,35€		F	1.000.000,00€	568,55€	
C	350.000,00€	333,80€		G	1.500.000,00€	759,49€	
D	500.000,00€	419,70€		H	2.000.000,00€	913,24€	

Siniestralidad:

¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años? ☐Sí ☐No

Si la respuesta es afirmativa, facilite cual fue la causa, el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados y la situación actual en la que se encuentra:

¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia o hecho que razonablemente pudiera dar lugar a una reclamación? ☐Sí ☐No

Si la respuesta es afirmativa, facilite información al respecto:

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que el Tomador proporcione pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de AMIC Seguros Generales, S.A., siendo la finalidad de la recogida de tales datos la gestión de la declaración del siniestro. Asimismo, le informamos de la cesión de datos personales, adecuados, pertinentes y no excesivos, a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador en orden a la tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para la adecuada actuación profesional, relacionada con la gestión de su actividad aseguradora o por razones de coaseguro o reaseguro.

Los datos personales y la información de salud o documentación clínica de un tercero que han sido facilitados serán tratados conforme a la finalidad anteriormente descrita.

El Tomador y/o Asegurado podrán ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación dirigida a AMIC, C/ Génova 26, 28004 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.

El tomador autoriza a AMIC hacer uso de sus datos contenidos en el fichero, una vez que hayan transcurrido 10 días desde que los ha facilitado para permitir el mantenimiento de su relación con AMIC, con la finalidad de remitir información, a través de cualquier medio de comunicación, excepto los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección http://www.psn.es/empresas-psn.

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de AMIC.

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN.

☐ Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la referida dirección, cuyos sectores específicos y concretos son los seguros, servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

El abajo firmante declara, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas.

En, ______________________________ a ______ de ________________________ de 20_____

Leído y conforme: El Asegurado

RC001 1709/1