



**Boletín de adhesión al Seguro Responsabilidad Civil Profesional núm. 82505315 contratada por
COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS TECNICOS AGRICOLAS DE VALENCIA Y CASTELLON – Q4671006G
MUNITEC 932 37 68 67 ✉ munitec@munitec.es**

TOMADOR: COLEGIO DE INGENIEROS TECNICOS AGRICOLAS DE VALENCIA Y CASTELLON									
DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO:									
Nombre y apellidos o Razón Social						NIF / CIF			
Dirección									
Población						CP			
Dirección e-mail				Teléfono					
Última Facturación				Facturación					
ACTIVIDAD PROFESIONAL:									
Titulación						Nº Colegiado			
¿En qué Colegio está actualmente inscrito?		COLEGIO DE INGENIEROS de							
Campo especialización									
Es Mutualista		SI ☐		NO ☐		Participa en alguna sociedad		SI ☐ No ☐	
Denominación sociedad y NIF									
RECLAMACIONES ANTERIORES. Si responde afirmativamente a alguna de las siguientes cuestiones por favor amplíe información relacionadas con circunstancias, causa, fechas y reclamante.									
¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional?						☐ SI ☐ NO			
¿Conoce algún supuesto o hecho realizado durante los últimos años por el que pudiera sufrir una reclamación?						☐ SI ☐ NO			
¿Ha sufrido alguna otra reclamación no profesional relacionada con su actividad?						☐ SI ☐ NO			
Seguros anteriores Ha tenido alguna póliza anterior que cubriera similares riesgos?						☐ SI ☐ NO			
Detallar núm de póliza y Compañía									
RESUMEN DE CONDICIONES:									
LÍMITE MAXIMO DE INDEMNIZACION POR SINIESTRO Y ANUALIDAD				PRIMA TOTAL MUTUALISTA			PRIMA TOTAL NO MUTUALISTA		
75.000 €				185,97 € ☐			241,76 € ☐		
150.000 €				364,38 € ☐			473,69 € ☐		
350.000 €				425,56 € ☐			553,23 € ☐		
500.000 €				531,03 € ☐			690,34 € ☐		
750.000 €				621,85 € ☐			808,41 € ☐		
1.000.000 €				716,38 € ☐			931,29 € ☐		
1.500.000 €				953,25 € ☐			1.239,23 € ☐		
2.000.000 €				1.122,20 € ☐			1.458,86 € ☐		
EFFECTO:		1er Trimestre ☐		2º Trimestre ☐		3er Trimestre ☐		4º Trimestre ☐	
Condiciones estándar para Ingenieros									
DOMICILIACION BANCARIA: <i>Cumplimentar documento anexo</i>									
MEDIADOR: MEDICORASSE, Correduría de Seguros del CMB, S.A.U.									
Colaborador externo de la Correduría: MUNITEC ACTIVA (ver información adicional hoja adjunta)									
CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS AXA SEGUROS GENERALES: De conformidad con el RGPDUE, de Protección de Datos de Carácter Personal y resto de normativa aplicable en esta materia, le informamos de que al cumplimentar este formulario, Ud. Autoriza y consiente la incorporación de los datos que nos facilita a un fichero titularidad de AXA Seguros Generales, SA de Seguros y Reaseguros, con la finalidad de poder gestionar la tramitación del siniestro relativo a su póliza. En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del tomador/asegurado, este manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades citadas. En el caso concreto de menores de edad, si el tomador/asegurado no es el representante legal del menor deberá contar con el consentimiento expreso de éste. Usted podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES (Dpto. Marketing CRM), Calle Emilio Vargas, 6. 28043 Madrid, o en los tfnos. 901 900 009 o 933 669 351, para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición, limitación, supresión y portabilidad en los términos legalmente establecidos.									
FIRMA del ASEGURADO:									
En _____ a _____ de _____ de 20__									

Una vez cumplimentado y firmado, enviar a munitec@munitec.es

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza:

- 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. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Referencia de la orden de domiciliación o mandato:

Nombre MEDICORASSE, Correduría de Seguros del CMB, S.A.U

País: España

Nombre:

NIF:

Dirección:

Código Postal:

Población:

Swift BIC:

[illegible]**IBAN:**[illegible]

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO DE:

A) que MEDICORASSE CORREDURÍA DE SEGUROS DEL CMB SAU:

1. Es una correduría de seguros domiciliada en Barcelona, Paseo Bonanova 47, código postal 08017, NIF A-59498220, y registrada en la DGSFP con la clave J-928; que dispone de póliza de seguro de responsabilidad civil y de la capacidad financiera prevista en la Ley 26/2006 de 17 de julio de mediación de seguros y reaseguros privados.
2. Cuenta con un procedimiento de presentación de quejas y reclamaciones descrito en la web (www.medicorasse.med.es), que puede iniciarse enviando un escrito por correo postal (Paseo Bonanova 47, Barcelona 08017) a la atención de "Servicio atención al Cliente", o por e-mail (medicorasse.servicioatencioncliente@med.es).
3. Ofrece un asesoramiento independiente, profesional e imparcial, de conformidad con lo previsto en la Ley 26/2006 de mediación de seguros, en base a el análisis objetivo de un número suficiente de contratos de seguro que el mercado ofrece en relación a los riesgos objeto de cobertura.
4. Tiene una Oficina Virtual a disposición de sus clientes, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 56/2007, de 28 de diciembre, de Medidas de Impulso de la Sociedad de la Información, accesible mediante web o App, cuyas condiciones de acceso y uso pueden consultarse en la web (www.medicorasse.med.es). Para poder acceder con la debida seguridad, es necesario disponer de una identidad digital en el móvil, acreditada por aquellos terceros detallados en las Condiciones de acceso y uso de la Oficina Virtual.

B) Que **MUNITEC ACTIVA SL con NIF B66762246** actúa en este acto en su calidad de Colaborador Externo de Medicorasse Correduría de Seguros del CMB S.A.U.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE: MEDICORASSE CORREDURÍA DE SEGUROS DEL CMB SAU, NIF A 59498220. Paseo de la Bonanova, 47. 08017 de Barcelona. Teléfono 935678870

FINALIDAD: Intermediar las pólizas de seguros, asesorar, gestionar su contratación con las entidades aseguradoras y tramitar siniestros, de conformidad con la Ley 26/2006 de 17 de julio de mediación de seguros y reaseguros privados. Verificar su identidad en las relaciones no presenciales mantenidas con la Correduría.

DATOS DE TERCEROS: En caso que facilite datos de terceros, manifiesta que los ha informado previamente a esta comunicación y que cuenta con su autorización legal para ello.

DERECHOS: Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable, por correo postal (Paseo Bonanova 47, 08017 Barcelona), e-mail (datospersonales.medicorasse@med.es) o por la Oficina Virtual de Medicorasse. Así mismo, puede presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Puede obtener más información respecto la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES en nuestra web (www.medicorasse.med.es).

SI	NO

AUTORIZO a MEDICORASSE al tratamiento de mis datos con el fin de ofrecerme, por vía electrónica, telefónica u otros, productos y servicios aseguradores, de acuerdo con mis necesidades, elaborando un perfil de cliente. En base a este perfil no se tomarán decisiones individuales automatizadas. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento mediante escrito a Medicorasse.

En _____ a _____ de _____ de 20____

FIRMA DEL ASEGURADO