BOLETÍN DE ADHESIÓN AL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 2016-2017

COLEGIO OFICIAL DE QUÍMICOS DE MURCIA
PÓLIZA Nº SM01/16/100.005

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 Químicos de Murcia**.

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

Asegurados: Químicos Colegiados y habilitados legalmente para el ejercicio de su actividad en sus diferentes modalidades con prima gratuita para los Inactivos permanentes según condiciones de la Póliza. Herederos, legatarios, Causahabientes. Sociedades según condiciones de la Póliza.

Coberturas: Responsabilidad Civil Profesional (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 1.500 € / Mes máximo 18 meses), R.C por LOPD y Restitución de Imagen (incluido servicio de Orientación sobre normativa en LOPD) Defensa Jurídica, Reclamación a Contrarios, y Fianzas, Asistencia Jurídica Ampliada (Agresiones y Contrademanda, Asistencia Jurídica telefónica y Borrado Digital Profesional). Reclamación a Contrarios.

Delimitación Temporal: Siniestros Reclamados durante la Vigencia de la Póliza con Retroactividad

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: contratacionrc.amic@grupopsn.es. Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el teléfono 91 423 11 10

Datos del Asegurado:

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento: ________ / ________ / ________ N.I.F.:

Domicilio: Localidad: Provincia: C.P.:

Teléfono: E-Mail:

Sociedades del Asegurado: C.I.F.:

Modalidad de Asegurado:

Activo:
- Libre Ejerciente con prevención de R.R.L.L. ☐
- Libre Ejerciente sin prevención de R.R.L.L. ☐
- Cuenta Ajena y/o Asalariado con prevención de R.R.L.L. ☐
- Cuenta Ajena y/o Asalariado sin prevención de R.R.L.L. ☐

Inactivo: ☐

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. - Grupo PSN, 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.

Opciones a Contratar: Límite del Seguro por Siniestro y Anualidad para el total de coberturas.

MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	MODALIDAD DE ASEGURADO	Opción A CAPITAL ASEGURADO 30.000 € / PRIMAS*	Opción B CAPITAL ASEGURADO 60.000 € / PRIMAS*	Opción C CAPITAL ASEGURADO 120.000 € / PRIMAS*	Opción D CAPITAL ASEGURADO 300.000 € / PRIMAS*	Opción E CAPITAL ASEGURADO 600.000 € / PRIMAS*
1	Cuenta Ajena Sin Prevención de Riesgos Laborales	53,08 €	75,47 €	110,26 €	145,86 €	204,20 €
2	Cuenta Ajena Con Prevención de Riesgos Laborales	61,04 €	86,80 €	127,26 €	179,52 €	251,33 €
3	Libre Ejerciente Con prevención de Riesgos Laborales	82,40 €	133,50 €	171,80 €	242,35 €	339,29 €
4	Libre Ejerciente Sin Prevención de Riesgos Laborales	71,64 €	116,10 €	148,85 €	196,91 €	275,67 €
5	Inactivos	0 €	-	-	-	-

*** Primas Netas**

Indique en el siguiente cuadro la modalidad y capital elegido | **Modalidad de contratación:** | **Opción de Capital Asegurado:**

Siniestralidad:

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

¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia o hecho que razonablemente pudiera dar lugar a una reclamación? ☐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, así como compañía y año en el que tuvo conocimiento

CLAUSULA 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 Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua), siendo la finalidad de la recogida de tales datos la formalización y gestión de la Póliza de Seguro. 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 de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza.

El Tomador y/o Asegurado podrán ejercitar, en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación dirigida a la Mutua, C/ Villanueva 11, 28001 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada. En el supuesto, de que con posterioridad al perfeccionamiento de la Póliza de Seguro, se ejercite por el Tomador y/o Asegurado su derecho de cancelación de sus datos personales u oposición al tratamiento de los mismos, necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se procederá a la cancelación del contrato, o en su caso, a la baja del contrato del Asegurado. El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la misma. El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero 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 la Mutua.
☐ 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 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

RC126 1606/2