



Boletín de adhesión al Seguro de Responsabilidad Civil Profesional - **CAPA BÁSICA**, del Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Agrícolas de Santa Cruz de Tenerife, contratado con Munitec Activa, actuando como tomador y mediado por Medicorasse, correduría de seguros del CMB, S.A.U.

COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS TECNICOS AGRICOLAS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE-Email:colegio@coitatenerife.org
MUNITEC: Tel: 93.237.68.67 - Email: munitec@munitec.es

TOMADOR: MUNITEC - Mutua Nacional de Ingenieros Técnicos de Previsión Social			
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 TÉCNICOS AGRÍCOLAS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE		
Campo especialización			
Es Mutualista	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Participa en alguna sociedad Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
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?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Conoce algún supuesto o hecho realizado durante los últimos años por el que pudiera sufrir una reclamación?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha sufrido alguna otra reclamación no profesional relacionada con su actividad?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Seguros anteriores Ha tenido alguna póliza anterior que cubriera similares riesgos?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Detallar núm de póliza y Compañía			
RESUMEN INFORMATIVO DE AMPLIACIONES DE COBERTURAS SOBRE LA CAPA BÁSICA.			
LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN POR SINIESTRO Y ANUALIDAD	EN EXCESO DE	PRIMA TOTAL MUTUALISTA	PRIMA TOTAL NO MUTUALISTA
40.000 €	60.000 €	161,70 € <input type="checkbox"/>	210,21 € <input type="checkbox"/>
120.000 €	60.000 €	327,95 € <input type="checkbox"/>	426,34 € <input type="checkbox"/>
350.000 €	60.000 €	389,07 € <input type="checkbox"/>	505,79 € <input type="checkbox"/>
500.000 €	60.000 €	482,75 € <input type="checkbox"/>	627,58 € <input type="checkbox"/>
750.000 €	60.000 €	574,02 € <input type="checkbox"/>	746,23 € <input type="checkbox"/>
1.000.000 €	60.000 €	668,63 € <input type="checkbox"/>	869,22 € <input type="checkbox"/>
1.500.000 €	60.000 €	846,01 € <input type="checkbox"/>	1.099,81 € <input type="checkbox"/>
2.000.000 €	60.000 €	996,00 € <input type="checkbox"/>	1.294,80 € <input type="checkbox"/>
Fraccionamiento de prima a partir de 750.000 € de cobertura			
Condiciones económicas CAPA Básica, del Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Agrícolas de S/C de Tenerife incluyendo cobertura de Accidentes de PSN : 13,50 €			
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, devolver a: colegio@coitatenerife.org

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

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

- Al acreedor a iniciar los cobros de la póliza Responsabilidad Civil Profesional núm. contratado por MUNITEC mediante el cargo en la cuenta indicada por el deudor y
- A la entidad del deudor a cargar en su cuenta los adeudos presentados al cobro por la entidad bancaria del acreedor.

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.

DATOS – ACREEDOR/ EMISOR DE COBRO-

Referencia de la orden de domiciliación o mandato:

Identificador: Q3871002F **Nombre** Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Agrícolas
Dirección: Avda. de la Asunción, 32 - bajo A - CP. 38007 **País:** España

DATOS TITULAR DE LA CUENTA – DEUDOR-

Nombre: _____ **NIF:** _____

Dirección: _____

Código Postal: _____ **Población:** _____

Swift BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

Autorizo al Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Agrícolas de Santa Cruz de Tenerife (COITATE) a utilizar como datos de contacto los que detallo en este documento, comprometiéndome a mantenerlos actualizados y notificar cualquier cambio a COITATE.

Así mismo, MANIFIESTO, que he sido debidamente informado/a de los siguientes temas

1.- Que MUNITEC ACTIVA SL con CIF B66762246 actúa en este acto en su calidad de Colaborador Externo de Medicorasse Correduría de Seguros del CMB. SAU.

2- Los datos identificativos de MEDICORASSE CORREDURÍA DE SEGUROS DEL CMB SAU, correduría de seguros domiciliada en Barcelona, Paseo Bonanova 47, código postal 08017, con CIF A-59.498220, registrada en la DGSFP con la clave J-928, que dispone de la pertinente póliza de Responsabilidad Civil y capacidad financiera, de conformidad con la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros privados.

3- Del procedimiento de presentación de quejas y reclamaciones, descrito en el portal www.med.es, apartado “seguros” , que puede activarse mediante la presentación de un escrito dirigido a MEDICORASSE Paseo Bonanova 47, Barcelona 08017 con referencia “ref. Servicio Atención al Cliente”, o enviando un e-mail a la dirección medicorasse.servicioatencioncliente@med.es.

4- Que MEDICORASSE ha realizado las tareas que le han sido encargadas y autorizadas en el presente acto, de conformidad con lo que prevé la legislación vigente, concretamente de acuerdo con las previsiones de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, realizando un análisis objetivo de un número suficiente de contratos de seguro que el mercado ofrece en relación a los riesgos objeto de cobertura, ofreciendo un asesoramiento independiente, profesional e imparcial.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Esta solicitud comporta que doy mi consentimiento para que los datos personales facilitados sean tratados por MEDICORASSE CORREDURÍA DE SEGUROS DEL CMB, SAU con la finalidad de intermediar mis coberturas aseguradoras, asesorar, gestionar la 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.

Mis datos serán cedidos a las entidades aseguradoras con quien, en cada momento esté asegurado, así como a terceros (peritos, talleres, colaboradores externos, etc.) que intervengan necesariamente en la prestación del servicio o tramitación del siniestro.

En el caso que facilite datos de terceros, manifiesto que les he informado previamente de esta comunicación.

Los datos se conservarán hasta el vencimiento de la póliza y, en todo caso, durante el período legalmente previsto desde el vencimiento.

Puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición al tratamiento de los datos delante del Responsable del tratamiento: MEDICORASSE CORREDURIA DE SEGUROS DEL CMB SAU, CIF A59498220, Paseo Bonanova 47, 08017 Barcelona, por correo postal, e-mail dirigido al Delegado de Protección de Datos (dpo.medicorasse@med.es), o a través de la App de Medicorasse. Puedo también, presentar reclamación delante de la Agencia Española de Protección de Datos.

SI NO Autorizo que mis datos sean tratados por Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Agrícolas de Santa Cruz de Tenerife, con la finalidad de poder ofrecerme, por vía electrónica u otras, productos y servicios aseguradores de acuerdo con mis necesidades elaborando un perfil de cliente. No se tomarán decisiones automatizadas en base al perfil.

En _____ a ____ de _____ de 20__

FIRMA DEL ASEGURADO

Una vez cumplimentado y firmado, enviar a: colegio@coitatenef.org