



**SOLICITUD DE ADHESIÓN A PÓLIZA
COLECTIVA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL DE INGENIEROS TÉCNICOS
INDUSTRIALES Y DE GRADO**



El abajo firmante, en su propio nombre y personal derecho, perteneciente al Colegio Oficial de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales de León.

DECLARA, basándose en sus necesidades aseguradoras y en relación a los riesgos inherentes a su actividad profesional:

- Que tiene conocimiento de que el Colegio Oficial de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales de León ha negociado unas condiciones especiales para la suscripción de una póliza colectiva de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, y que para ello ha contado con el apoyo de Seguros Colectivos Mupiti by Montymarq.
- Que una vez presentadas las diferentes opciones, y recibido un Análisis Objetivo previo sobre los riesgos inherentes a las actividades que realizan los colegiados, el Colegio ha optado por la opción más favorable por alcance de la cobertura, condiciones técnicas y relación calidad precio.
- Que ha sido informado y tiene conocimiento de todas las condiciones generales y particulares de la citada de póliza, en particular del alcance de las coberturas, las cuales declara conocer expresamente y que acepta en este momento.
- Que es conocedor de que la contratación de esta póliza por parte de los colegiados es totalmente VOLUNTARIA.

Y que, por lo tanto, **MANIFIESTA**:

1. SU **VOLUNTAD EXPRESA DE ADHERIRSE A LA CITADA PÓLIZA COLECTIVA** CON LAS CONDICIONES RESUMIDAS QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, autorizando al colegio a negociar la formalización con la entidad aseguradora, así como designar a Montymarq Asociados, Consultores y Corredores de Seguros como mediador respecto de los riesgos descritos.
2. Que, para el desarrollo del encargo efectuado, autoriza a este colegio a que realice cuantos actos de gestión sean necesarios.
3. Que conoce expresamente que su condición de ASEGURADO bajo esta póliza, está vinculada a la pertenencia de pleno derecho como colegiado en este Colegio Oficial, y al cumplimiento de todas las obligaciones establecidas en sus Estatutos Sociales.
4. QUE **EXTIENDE** esta autorización, y mantiene su voluntad de suscribir, la póliza que, en los mismos términos de garantías, capitales y coberturas, el Colegio determine, en sustitución de ésta, con otra Entidad Aseguradora.

RESUMEN DE CONDICIONES (La interpretación estará en todo caso al literal de las Condiciones Especiales, Particulares y Generales):

- **Entidad Aseguradora:** CASER Seguros, Caja de Seguros Reunidos Cía. de Seguros y Reaseguros.
- **Responsabilidad Civil Profesional**, derivada de la actividad asegurada. **Límite por siniestro, asegurado y año: 3.500.000€ por trabajos visados, o sometidos a control profesional o registro documental en el colegio tomador del seguro o por los trabajos establecidos en acuerdos de colaboración con organismos de la administración pública o según normas internas del colegio.**
- **Defensa Jurídica y fianzas.** Daños a Documentos, Gastos de Rectificación, Daños Patrimoniales Primarios, R. C. Mediación.
- **Responsabilidad Civil Explotación, Responsabilidad Civil Patronal** (por accidentes de trabajo)
- **Inhabilitación profesional**, Contaminación Accidental, Responsabilidad Civil Locativa, Reclamación a contrarios, Responsabilidad Civil derivada de LOPD, Actos deshonestos de empleados.
- Cobertura para personas físicas y personas jurídicas unipersonales, así como sociedades profesionales según Ley 2/2007 de 15 de marzo. Cobertura para Sociedades Monodisciplinarias y Multidisciplinarias según viene descrita en la póliza.
- **Ámbito Temporal: Retroactividad Ilimitada** para reclamaciones recibidas por primera vez durante la vigencia de la póliza.
- **Ámbito Geográfico: todo el mundo excepto USA y Canadá**
- **Franquicias: Sin Franquicia** (excepto RC LOPD: 1.500€ y daños a documentos: 15%)

DATOS DEL DECLARANTE Y ASEGURADO

Nombre _____ Apellidos _____ N.I.F. _____
 Nº de colegiado _____ Email. _____ Domicilio de la actividad _____
 Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____
 Teléfono _____ Fecha de alta solicitada en la póliza: _____

Y para que conste, suscribo esta SOLICITUD DE ADHESIÓN A PÓLIZA COLECTIVA indicando a continuación la opción elegida

MODALIDAD / EJERCICIO PROFESIONAL	COSTE TOTAL ANUAL	OPCIÓN ELEGIDA
LIBRE EJERCIENTE/EMPRESARIO	466,37 €	
ASALARIADO	346,95 €	
FUNCIONARIO	164,24 €	
RECIEN TITULADO	164,24 €	
LIBRE EJERCIENTE SINGULAR	278,64 €	
INACTIVO CON POLIZA PREVIA	GRATUITO	
AMPLIACION VOLUNTARIA	376,17 €	

* Prima Neta, gastos de gestión e impuestos incluidos.

En León, a

FIRMA DEL DECLARANTE / ASEGURADO

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Ref: SEPA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a la **COLEGIO OFICIAL DE PERITOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES DE LEÓN** a enviar instrucciones a su entidad para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a la **COLEGIO OFICIAL DE PERITOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES DE LEÓN**. Como parte de sus derechos, usted 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 su cuenta. Los avisos de cobro serán enviados al acreedor al menos con un día de antelación a la fecha de cobro.

By signing this mandate form, you authorise **COLEGIO OFICIAL DE PERITOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES DE LEÓN** to send instructions to your bank to debit your account, and to your bank to debit your account in accordance with the instructions sent from **COLEGIO OFICIAL DE PERITOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES DE LEÓN**. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Collection notices will be sent to the customer at least one day prior to the date of recovery.

Cliente / Customer

Nombre del deudor(es) / Name of debtor(s)

Dirección / Address

Calle y número / Street name and number

ESPAÑA

Código postal / Postal code

Ciudad / City

País / Country

Persona en cuyo nombre se realiza el pago / Person on whose behalf payment is made

Número de cuenta /

Account number

Número de cuenta IBAN – IBAN account number

SWIFT BIC

Acreedor / Creditor

COLEGIO OFICIAL DE PERITOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES DE LEÓN

Nombre del acreedor / Creditor's name

Q-2370002-D

Identificador del acreedor

C/ RAMIRO VALBUENA 5, 2º

Nombre de la calle y número / Street name and number

24002

LEON

España

Código postal / Postal code

Ciudad / City

País / Country

Tipo de pago

PAGO RECURRENTE

Tipo de pago / Payment type

Localidad / Location

LEON

Tipo de pago / Payment type

Fecha / Date

Firma / Sign

Nota: En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in statement that you can obtain from your bank.