ALKORA GRUPO VERSPIEREN

*Solicitud de Adhesión*

**SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 2023**

COGITI Toledo

A través del presente documento el ***colegiado manifiesta su deseo de suscribir el seguro de Responsabilidad Civil Profesional*** que el **COLEGIO OFICIAL DE GRADUADOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES DE TOLEDO** ha negociado a través de ***ALKORA EBS Correduría de Seguros y Reaseguros*** con la aseguradora **MAPFRE ESPAÑA** Compañía de Seguros y Reaseguros S.A:

A título informativo ***las principales coberturas, límites y garantías amparadas en la póliza son las que se detallan a continuación***, debiendo estarse en todo caso en su interpretación al contenido de las mismas que se recogen en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, que han sido aceptadas por el asegurado y que rigen la cobertura del seguro.

- **Límite por Asegurado/Siniestro/Año: 3.500.000 €.**
- **Coberturas incluidas: Responsabilidad Civil Profesional, Responsabilidad Civil Explotación, Responsabilidad Civil accidentes de trabajo, Responsabilidad Civil Project Management, Defensa Penal en Actuaciones Profesionales, defensa jurídica y fianzas, etc.**
- **Cobertura para personas físicas. Así mismo, se extiende la cobertura para reclamaciones a personas jurídicas unipersonales así como a sociedades profesionales conforme a la ley 2/2007 de 15 de marzo, sociedades monodisciplinares, y sociedades multidisciplinares, en los términos indicados en la póliza.**
- **Los trabajos profesionales realizados por el Ingeniero asegurado a partir del 1 de Enero de 2011 que precisen y/o se presenten mediante algún tipo de soporte documental (proyecto, informe, certificación y/o similar), requerirán para la cobertura del seguro, que dichos trabajos dispongan del visado y/o del registro y/o verificación técnica documental profesional del Colegio Tomador del seguro, de acuerdo con la normativa vigente del Colegio en cada momento.**
- **Ámbito temporal:** Reclamaciones durante la vigencia de la póliza con **retroactividad ilimitada.**
- **Ámbito geográfico: Mundial Excepto USA y Canadá.**

*EN CASO DE ESTAR INTERESADO EN SUSCRIBIR EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR FAVOR CUMPLIMIENTE LOS DATOS QUE SE SOLICITAN A CONTINUACIÓN Y ENVÍELO AL e-mail:* ***coiti@alkora.es***

*Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el* ***Tel. 91.781.95.45 o en el e-mail: coiti@alkora.es***

**LÍMITE ASEGURADO 3.500.000€**

| MODALIDAD DE EJERCICIO PROFESIONAL | PRIMAS TOTALES (Impuestos incluidos) |
|---|---|
| Libre Ejerciente | 613,71 € ☐ |
| Libre Ejerciente Singular | 362,19 € ☐ |
| Asalariado | 462,71 € ☐ |
| Socio/Empresario | 633,20 € ☐ |
| Funcionario | 203,72 € ☐ |
| Recién licenciado | 183,87 € ☐ |
| Inactivo con Póliza previa | Gratuito ☐ |
| Inactivo sin Póliza previa | 50% Modalidad Activo ☐ |
| **Límite Asegurado 4.500.000 €** ☐ | **Prima adicional 158,31 € para cualquier modalidad** |

**(*) Bonificación de la DPC: Advance 7% y Expertise: 10% de la prima neta**

**A la fecha de la presente firma, ¿el solicitante tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación? SI ☐ NO ☐**

**Solicitamos su autorización para el envío de información comercial sobre productos y servicios que puedan ser de su interés. SI ☐ NO ☐**

## DATOS DEL TITULAR

Nombre y Apellidos: _____ NIF: _____

Dirección: _____ Población: _____ C.P.: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Email: _____ Nº Colegiado: _____

## DATOS BANCARIOS

Titular: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Domiciliación bancaria (IBAN): ES_____ - _____ - _____ - _____

*Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. a enviar instrucciones a la entidad bancaria del deudor para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. 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 su cuenta. En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.*

**A través de la cumplimentación de este boletín el interesado manifiesta su deseo de adhesión a la póliza de referencia, quedando ésta supeditada, en todo caso, a la aceptación de la misma por parte de la compañía, y no teniendo este documento naturaleza contractual.**

**Fecha:** _____ **Firma Asegurado:** _____ **Firma Titular de la Cuenta:** _____

Le informamos que ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.es una correduría de seguros que tratará los datos facilitados a través del siguiente formulario para la suscripción y gestión de la póliza solicitada, prestación de los servicios contratados, tramitación de reclamaciones y siniestros, así como para el envío de comunicaciones comerciales sobre productos de seguros. Sus datos no serán comunicados a terceros salvo por obligación legal. Podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, a través de la siguiente dirección: ejerciciodederechosrgpd@alkora.es Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en https://www.alkora.es/politicadeprivacidad