

A través del presente documento el **colegiado manifiesta su deseo de suscribir AMPLIACIÓN del seguro de Responsabilidad Civil Profesional** que el **COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS INDUSTRIALES DE ASTURIAS** 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 básico obligatorio: **120.000 € por siniestro/asegurado/año para todos los colegiados** respecto de los trabajos registrados en el Colegio Tomador del Seguro o **100.000 € por siniestro/asegurado/año para trabajos que no son susceptibles de visado, certificado de intervención profesional, ni registro y 300.000 € por siniestro/asegurado/año para trabajos visados o verificados documentalmente** en el Colegio Tomador del Seguro
- **Opciones voluntarias de ampliación** del límite asegurado: desde 150.000 € hasta 2.500.000 € por siniestro y anualidad.
- **Franquicia: 300 €** por reclamación, eliminándose en el caso de contratarse tramos de ampliaciones voluntarias. Asegurados en modalidad de otros profesionales de otras disciplinas técnicas tienen una franquicia de 300 €/siniestro.
- **Delimitación temporal:** Reclamaciones durante la vigencia de la póliza con **retroactividad ilimitada**, salvo reclamación fehaciente conocida con anterioridad a la contratación de este seguro.
- Se requerirá para la cobertura efectiva del seguro que los trabajos realizados por el asegurado a partir del 1 de Enero de 2011 relativos a su actividad como ingeniero industrial que precisen soporte documental hayan sido visados, registrados o sometidos a control documental por el Colegio.
- **Ámbito geográfico: Mundial Excepto USA y Canadá.**

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

Primas Totales (incluido impuestos) de los tramos de exceso por modalidades

OPCIONES	Límite por siniestro y anualidad	PRIMA TOTAL	
A	150.000 €	190,33 €	Señale la Opción Elegida Opción
B	300.000 €	354,10 €	
C	600.000 €	442,64 €	
D	1.000.000 €	673,46 €	
E	2.000.000 €	1.092,10 €	
F	2.500.000 €	1.368,04 €	

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>