COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA

SELLO REGISTRO (*)

FICHA DE DATOS PARA EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

NÚMERO COLEGIADO	FECHA NACIMIENTO	
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

SOLICITA A EFECTOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD: ☐ **ALTA** ☐ **MODIFICACIÓN** ☐ **BAJA (**)**

COBERTURA: ☐ **BÁSICA** **(1.500.000€/Siniestro)** ☐ **AMPLIADA** **(3.000.000€/Siniestro)**
☐ **M.I.R.** **(1.500.000€/Siniestro)**

ESPECIALIDAD MÉDICA:

TIPO DE EJERCICIO MÉDICO
☐ **PÚBLICO** **Dedicación exclusiva Sanidad Pública**
☐ **PRIVADO** **Ejercicio Médico PRIVADO**
☐ **MIXTO** **Dedicación Sanidad Pública y Ejercicio Médico Privado**

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS MÉDICAS

☐ EL SOLICITANTE DECLARA NO TENER DENUNCIAS EN VIGOR POR PRÁCTICAS MÉDICAS PREVIAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD O NO TENER CONOCIMIENTO DE ELLO.

☐ EL SOLICITANTE DECLARA TENER DENUNCIAS EN VIGOR POR PRÁCTICAS MÉDICAS PREVIAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD O SOSPECHA DE UNA POSIBLE DENUNCIA.

☐ EL SOLICITANTE DECLARA NO HABER RECIBIDO AGRESIONES DE PACIENTES PREVIAMENTE A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD.

☐ EL SOLICITANTE DECLARA HABER SUFRIDO AGRESIONES DE PACIENTES PREVIAMENTE A LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD.

(*) Esta solicitud entrará en vigor a partir de la fecha del sello de registro.

(**) Caso de solicitar su baja antes de la finalización del trimestre, por acuerdo de Junta Directiva no se admitirán solicitudes de devolución

En Zaragoza, a de de 20

FIRMA DEL INTERESADO

El ICOMZ tratara la información que nos facilita con el fin de tramitar su solicitud de póliza de responsabilidad civil. La información que Vd. facilite deberá ser actual, exacta y verídica, siendo el interesado el único responsable de cualquier falsedad o inexactitud de la misma. Los datos proporcionados se conservarán durante los plazos previstos por la legislación específica. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopd@comz.org