

Solicitud de ADHESIÓN al SEGURO COLECTIVO de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL NÚM. PÓLIZA 153578 suscrito por el COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL ASEGURADO:

APELLIDOS, NOMBRE:			
NIF:		FECHA DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:			
LOCALIDAD:		CÓDIGO POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO		MÓVIL/ TLF:	
ESPECIALIDAD MÉDICA:			
GRUPO:		¿TÉCNICAS INVASIVAS?	☐ SÍ ☐ NO
TIPO DE EJERCICIO:	☐ Privado ☐ Público		☐ Mixto
DAÑO ESTÉTICO PURO	☐ SÍ ☐ NO		

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN:

SUMA ASEGURADA Y LÍMITE MÁXIMO ANUAL (marcar opción solicitada): ☐ Opción 1 Ampliada – Límite por siniestro y año 3.000.000 € ☐ Opción 2 - Límite por siniestro y año 1.500.000 €		
RC PROFESIONAL:	Límite máximo por siniestro	Según opción de límite solicitada
RC EXPLOTACIÓN:	Límite máximo por siniestro	Según opción de límite solicitada
RC PATRONAL:	Límite máximo por siniestro	Según opción de límite solicitada
		Sublímite por víctima RC Patronal: No se establece
DEFENSA JURÍDICA Y FIANZAS:	Incluido	
PROTECCIÓN JURÍDICA PROFESIONAL:	Incluyendo entre otras Defensa del Asegurado en caso de Agresiones	
SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN PROFESIONAL:	4.000 €/mes. Máximo 24 meses incluido en límite contratado	
RC PROTECCIÓN DE DATOS:	300.000 €. Franquicia 300 € incluido en límite contratado	
LÍMITE TOTAL POR AÑO DE SEGURO PARA TODA LA PÓLIZA COLECTIVA:		20.000.000 €
ÁMBITO TEMPORAL:	Claims made con retroactividad ilimitada.	
ÁMBITO TERRITORIAL:	Las garantías del contrato se extienden y limitan a las responsabilidades que se deriven de actos profesionales realizados por el Asegurado en cualquier país del mundo, excepto Estados Unidos, Canadá y Territorios Asociados.	
	La cobertura en países distintos de España se limitará a un periodo de tres meses al año	
	Quedan cubiertas las responsabilidades en cualquier lugar del mundo en caso de participación en seminarios, congresos o simposios y por el tratamiento médico aplicado a alguna persona en cumplimiento del deber de socorro.	

FECHA DE EFECTO : FECHA DE VENCIMIENTO: 31 de Diciembre – Anual Renovable

PRIMA TOTAL: Prima Total trimestral: Prima Total anual:

COMPAÑÍA: RELYENS MUTUAL INSURANCE Sucursal en España

DECLARACIONES DEL ASEGURADO:

- He sido informado/a y conozco el contenido de la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Profesional de la que es tomador el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ZARAGOZA
- He sido informado/a y conozco las causas de exclusión de la cobertura y las exclusiones concretas de la misma, en los términos que constan en las condiciones particulares, especiales y generales de la póliza.
- He sido informado/a y conozco que una reclamación con conocimiento anterior a la fecha de efecto indicada en esta solicitud no sería cubierta por esta póliza.

OBSERVACIONES

- La cobertura para el caso del ejercicio Público de la Actividad médica Sí actúa en exceso del capital garantizado por la póliza suscrita por la Sanidad Pública.
- Es necesario comunicar de inmediato a la Compañía cualquier cambio en las características de la actividad asegurada (tipo de ejercicio, especialidad etc...).

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 PRACTICAS 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

Declaro que toda la información facilitada en este cuestionario es veraz y que cualquier circunstancia por mi conocida que pueda influir en la valoración del riesgo será comunicada al asegurador inmediatamente.

Conozco que cualquier inexactitud en la declaración del riesgo faculta al asegurador a rescindir el contrato y si sobreviniera un siniestro con anterioridad a esta rescisión, si intervino dolo o culpa por mi parte, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Acepto que lo contenido en esta solicitud será la base del contrato de seguro.

INFORMACIÓN SOBRE ENTIDAD ASEGURADORA

De conformidad con lo dispuesto la Ley 20/2015 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

Que el contrato de seguro se celebrará con RELYENS MUTUAL INSURANCE domiciliada en 18 Rue Edouard Rochet. 69372 Lyon Cedex 08, Francia, estando autorizada para operar en España en régimen de derecho de establecimiento a través de RELYENS MUTUAL INSURANCE Sucursal en España, con NIF W0010878G, domicilio en Paseo de la Castellana 110, 28046 Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 39332, Folio 90 Sección 8, Hoja M-613805 y en el Registro administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con clave E0220, siendo el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es Francia y que, dentro de dicho Estado, la autoridad a quien corresponde dicho control es la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), domiciliada en 61, Rue Taibout, 75009 París, Francia.

Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACIÓN: Si usted tiene una queja contra cualquier práctica que considere inadecuada o abusiva por parte de nuestra Mutua de Seguros, podrá dirigir su reclamación al servicio de Atención al Cliente de RELYENS MUTUAL INSURANCE Sucursal en España, con domicilio en el Paseo de la Castellana nº 110, 28046 Madrid, teléfono: 91 562 94 26 o a través de correo electrónico: atencionalcliente@relyens.eu

INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACIÓN: Si la respuesta o resolución que se le dé no es de su satisfacción, o en el plazo de dos meses usted no recibe comunicación o resolución alguna, usted podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 – Madrid.

INFORMACIÓN SOBRE CORREDURÍA MEDIADORA DE LA PÓLIZA:

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA CORREDURÍA: ARABROK MEDIACIÓN S.L.U. es una Correduría de seguros con NIF B-01766625.

Domicilio social: Paseo Independencia 5, pral. dcha., 50001 Zaragoza Web: <https://arabrok.es> e-mail: info@arabrok.es

Inscrita en el Registro Mercantil de Zaragoza, Tomo 4.479, Hoja número Z-67410, Folio 66, inscripción 1ª, con clave de inscripción J3848 en el Registro Administrativo de Distribución de Seguros y Reaseguros de la DGSFP (www.dgsfp.mineco.es)

Dispone de seguro de responsabilidad civil y capacidad financiera suficiente en los términos establecidos en el art. 157 del RDL 3/2020.

2. RÉGIMEN DE ACTIVIDAD Y RETRIBUCIÓN DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN DE SEGUROS: La Correduría realiza su actividad profesional según los principios de honestidad, equidad y profesionalidad, en beneficio y representación de los intereses de sus clientes ante las entidades aseguradoras. Partiendo de las informaciones obtenidas del cliente y respetando siempre sus exigencias y necesidades, presta un asesoramiento independiente, basado en un análisis objetivo de un número suficiente de contratos de seguro ofrecidos por el mercado asegurador, de forma que la Correduría pueda formular una recomendación personalizada, ateniéndose a criterios profesionales, respecto al contrato de seguro que mejor se ajuste a las necesidades del cliente.

En términos generales, la remuneración de la Correduría consiste en la percepción de una comisión, que estará incluida en la prima de seguro y que será abonada por la entidad aseguradora.

3. MECANISMO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: La Correduría cuenta con un Servicio de Atención al Cliente para la atención de quejas y reclamaciones. Este servicio se puede activar enviando un escrito por e-mail (sac@arabrok.es) o correo postal (Paseo Bonanova, 47, 08017 Barcelona).

4. POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE: ARABROK MEDIACION S.L. - NIF B-01766625 rgpd@arabrok.es

FINALIDAD PRINCIPAL DEL TRATAMIENTO: Intermediar, asesorar e informar sobre la contratación de pólizas de seguros (incluyendo gestiones precontractuales y soporte a la formalización del contrato de seguro), así como mantener la relación contractual, y asistir y gestionar los siniestros. *Legitimación: Necesario para la ejecución de un contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales*

DATOS DE TERCEROS: En caso de que facilite datos de terceros, deberá haber informado previamente y contar con la debida autorización.

CONSERVACIÓN DE LOS DATOS: Los datos personales se conservarán durante el plazo necesario para dar cumplimiento a la solicitud formulada o al servicio contratado, y en todo caso, durante el plazo que la legislación vigente establezca. No obstante, en el caso de que usted haya autorizado el tratamiento de sus datos con fines publicitarios, los datos necesarios para este fin se conservarán más allá de lo comentado, mientras no manifieste su oposición.

DERECHOS: Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable por e-mail (rgpd@arabrok.es), o por correo postal (Paseo Independencia 5, pral. dcha., 50001 Zaragoza). Asimismo, puede presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

MÁS INFORMACIÓN: <https://arabrok.es/proteccion-datos>

5. DATOS DE CONTACTO Y VÍA DE COMUNICACIÓN: Con la firma de la presente solicitud el interesado autoriza a Arabrok a utilizar los datos de contacto facilitados a lo largo de la relación profesional, como medio de comunicación habitual y de envío de la documentación e información relacionada con las cotizaciones aseguradoras y pólizas intermediadas, comprometiéndome a mantenerlas actualizadas y a notificar cualquier cambio a la correduría. Los envíos se harán preferentemente por e-mail.

En caso que se prefiera recibir los envíos en soporte papel marque la siguiente casilla ☐

6. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES PARA FINES PUBLICITARIOS

☐ SÍ ☐ NO AUTORIZO A ARABROK al tratamiento de mis datos con la finalidad de enviarme comunicaciones Comerciales, por cualquier vía de comunicación, incluidas las electrónicas o equivalentes, para informarme sobre productos de seguros y de planes de pensiones de acuerdo con mis necesidades detectadas con la elaboración de un perfil. En base a este perfil no se tomaran decisiones individuales automatizadas. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento mediante escrito a Arabrok (rgpd@arabrok.es).

En de de 20.....

FIRMA DEL ASEGURADO