

**SOLICITUD DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
 COLEGIO DE INGENIEROS TECNICOS Y PERITOS NAVALES**

1. TOMADOR/ASEGURADO

Nombre /	
N.I.F.:	Domicilio:
Localidad y Provincia:	CP:
Teléfono fijo	Fax:
Teléfono móvil:	E-mail:

2. INFORMACIÓN PROFESIONAL(Persona Física)

Titulación Académica:	
Año que entro a formar parte del Colegio:	
Pertenece a la Delegación de:	
Nº de colegiado:	
¿Realiza alguna actividad diferente de Ingeniero Técnico naval SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, especificar:	
Realiza estos trabajos: Directamente <input type="checkbox"/>	Por medio de personas ajenas <input type="checkbox"/>
Importe de los honorarios que percibe anualmente por esos servicios:	

3. ASPECTOS ECONÓMICOS

Volumen de Facturación	Ejercicio anterior 200	Estimación ejercicio en curso 200	Estimación del próximo ejercicio 200
Volumen de Facturación:			

4. RECLAMACIONES ANTERIORES

¿Ha sufrido el solicitante o alguno de sus empleados en los últimos cinco años alguna reclamación profesional? SI NO

En caso afirmativo, por favor detallar en un anexo (fecha de la reclamación, naturaleza del hecho, importe reclamado, situación actual de la reclamación, etc...) : *(Si lo precisa y para mayor comodidad extender en hoja a parte).*

¿Tiene conocimiento el Solicitante o alguno de sus directivos, administradores, socios, fideicomisarios de cualquier acontecimiento, omisión, hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación contra este propuesto seguro? SI NO

En caso afirmativo, detalle las circunstancias:*(Si lo precisa y para mayor comodidad extender en hoja a parte).*

5. CAPITALS ASEGURADOS:(Límite por siniestro y año de seguro)**R.C PROFESIONAL**

Capital Asegurado	Opción elegida
470.000.- €	<input type="checkbox"/>

(Es 2ª capa de la Póliza Colectiva Colegio Ing. Tec. Navales límite individual 30.000 € total 500.000 € según Real Decreto 1837/200)

6. DECLARACIÓN

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlo

El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forman las bases de un contrato de seguro efectuado entre ALPHA INSURANCE y el solicitante.

El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a XXI SOL&MED, S.L, corredor de la cuenta, de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

FECHA Y FIRMA DEL SOLICITANTE.-**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Se informa al interesado de que XXI SOL&MED, S.L, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable XXI SOL&MED, S.L. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por XXI SOL&MED, S.L, sobre productos y servicios propios. El Asegurado/Tomador autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El Asegurado/Tomador podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a XXI SOL&MED, S.L, C/ Ernesto Ferrer, nº 12- 1º- 1ª, 46021 Valencia, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado facilite a XXI SOL&MED, S.L, información relativa a los Asegurados o a los Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiesta que todos esos datos que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos, y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

7. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta (10 Dígitos)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>