

## Solicitud de seguro

# RC Profesional Sanitaria: Médicos de Prisiones

## Aranda & Paris Correduría de Seguros

### Tomador del seguro

Nombre \_\_\_\_\_ CIF: \_\_\_\_\_

Domicilio social \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

### Elegir opción

Especialidad	Capital asegurado	Prima Total Anual
Medicina General	600.000 €	182,39 €
	900.000 €	200,63 €
	1.200 000 €	212,79 €
Medicina Interna	600.000 €	342,87 €
	900.000 €	377,16 €
	1.200 000 €	400,02 €
Medicina Cirugía General	600.000 €	1.031,49 €
	900.000 €	1.134,63 €
	1.200 000 €	1.203,40 €
Traumatología con cirugía	600.000 €	934,88 €
	900.000 €	1.028,37 €
	1.200 000 €	1.090,70 €
Traumatología sin cirugía	600.000 €	338,44 €
	900.000 €	372,28 €
	1.200 000 €	394,85 €
ATS	300.000€	160,00€

### Cuestionario

Entidad jurídica de qué dependen \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Colegio Profesional en el que está inscrito \_\_\_\_\_

 ¿Tiene alguna póliza que cubra los mismos riesgos o similares?  Sí  NO

 ¿Ha sufrido en los últimos 5 años alguna reclamación profesional?  Sí  NO

¿Conoce algún supuesto o hecho realizado durante los últimos

 5 años por el que pudiera sufrir una posible reclamación?  Sí  NO

Esta proposición queda supeditada a la firma del cuestionario por el Tomador/Asegurado, verificando así que los datos son correctos y que no existe siniestralidad o conocimiento de algún hecho generador de posible reclamación.

Tendrá consideración de parte integrante de la póliza el Cuestionario de Solicitud de Seguro, en el que el cliente declara expresamente la actividad objeto del Seguro.

## Domiciliación bancaria

A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR

Referencia orden de domiciliación (constará de su CIF/NIF y su número de cuenta)

Identificación acreedor: ES46633W0371455G      Nombre del acreedor: W.R. Berkley Europe AG. Sucursal en España

Dirección del acreedor: Paseo de la Castellana, 149, 8a planta      C.P. / Población / País: 28048 Madrid, España.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población / Provincia / País de residencia \_\_\_\_\_

Número de cuenta IBAN

Swift - BIC (puede contener de 8 a 10 posiciones)

Tipo de pago      Pago recurrente (renovación/fraccionamiento/ajustes)       o Pago único

Lugar y fecha de la firma \_\_\_\_\_

Firma del tomador:    Por favor firme aquí

Mediante la firma de esta orden de domiciliación bancaria, el deudor autoriza a (A) W.R. Berkley Europe AG. Sucursal en España a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de W.R. Berkley Europe AG. Sucursal en España. 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 cuenta.

Nota: puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera. Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente. Una vez firmada esta orden de domiciliación, debe ser enviada al acreedor para su custodia. La entidad del deudor requiere autorización de éste previa al cargo en cuenta de los adeudos directos SEPA. El deudor podrá gestionar dicha autorización con los medios que su entidad ponga a su disposición.

## Declaración

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente, tergiversado o suprimido hechos después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forma parte del contrato de seguro formalizado entre W.R. Berkley España y el solicitante. El asegurado o tomador se compromete a informar a W.R. Berkley España de una posible modificación de cualquier información declarada en este cuestionario, ocurrida antes o durante la vigencia de la póliza de seguro.

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que W.R. Berkley España incluirá los datos de carácter personal de las personas participantes en la póliza de seguros aportados en este documento y posteriormente que se entiendan relacionados con contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable W.R. Berkley España; con el objetivo de cumplir las obligaciones establecidas en el contrato de seguro y para informar acerca de otros productos y servicios de W.R. Berkley España. El asegurado o tomador autoriza expresamente la cesión de sus datos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El asegurado o tomador podrá ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a W.R. Berkley España, P. de la Castellana, 149, edificio Gorbea 2, 28046 Madrid; de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. En caso de que el asegurado o tomador proporcione a W.R. Berkley España datos relativos a otras personas, el asegurado/tomador manifiestan que los titulares de esos datos han consentido que sean comunicados por el asegurado o tomador al asegurador, con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

(Por favor, firme aquí)

Firmado (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_