

BOLETÍN DE ADHESIÓN AL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE A CORUÑA N° PÓLIZA RC03 9

Por el presente documento, se solicita la Adhesión al Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, con la compañía AMIC Seguros Generales S.A, integrante del Grupo PNS, conforme a las condiciones acordadas por **El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña**.

Destacamos las principales características de este seguro, debiendo estar en todo caso, al contenido recogido en sus Condiciones Generales, Particulares y Especiales:

- ✓ Ampara las reclamaciones por daños corporales, materiales, daños patrimoniales puros así como los perjuicios económicos causados involuntariamente a terceros por errores profesionales, cometidos por el Asegurado en el ejercicio de su profesión.
- ✓ Capital Asegurado a elección según modalidad de Contratación. Agregado Anual para la totalidad de la Póliza, 7.000.000 €.
- ✓ Amplia definición del concepto de Asegurado (Incluyendo Sociedades Unipersonales que se indiquen expresamente en este documento).
- ✓ Inclusión gratuita de: Actividad de Mediación, docencia, informes y dictámenes incluidos los periciales, Responsabilidad Civil de Propietario de Instalaciones Radiactivas, utilización de aparatos de RX, daños estéticos por tratamiento de Microfillers labiales, destrucción o deterioro de material sanitario confiado, Defensa Jurídica Ampliada y Devolución de Honorarios.

Coberturas: Responsabilidad Civil Profesional, R.C Explotación y Locativa, R.C. Propietario de Instalaciones Radiactivas, Daños a Expedientes y Documentos, R.C Patronal, Daños Patrimoniales Puros, Subsidio por Inhabilitación Temporal Profesional (hasta 4.000 € / mes, máximo 24 meses), Defensa Jurídica y Fianzas, Defensa Jurídica Ampliada, R.C. por L.O.P.D. y Restitución de Imagen (incluido servicio de Orientación sobre normativa en LOPD), Devolución de Honorarios.

Franquicia General: Sin Franquicia

Delimitación Temporal: Siniestros Reclamados durante la Vigencia de la Póliza con Retroactividad Ilimitada, y cobertura de comunicación adicional de reclamaciones de 12 meses siguientes a la cancelación de la Póliza.

Delimitación Geográfica: España, **quedando ampliada Mundialmente para R.C.P, excepto EE.UU., Canadá y Territorios Asociados**, (siempre y cuando el desplazamiento haya sido comunicado por el asegurado y aceptado por la aseguradora) y la reclamación se efectúe ante tribunales españoles y bajo la legislación española. Queda ampliada a las responsabilidades derivadas de los actos realizados en cualquier parte del Mundo cuando se trate de Actos derivados del Deber de Socorro y prestación de Ayuda humanitaria, así como la participación del asegurado en Seminarios, Congresos o Simposios, siempre que la reclamación se efectúe ante los Tribunales Españoles y bajo la Legislación Española.

Para suscribir este seguro, por favor, cumplimente los datos que se solicitan a continuación y envíelo al Email: contratacion.segurosgenerales@grupopsn.es Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el teléfono 910 616 790

Datos del Asegurado:			
Nombre y Apellidos:	N.I.F.:		
Domicilio:	Localidad:		
Provincia:	C.P.:	Fecha de nacimiento:	
Teléfono:	E-Mail:		C.I.F.:
Sociedades del Asegurado:			C.I.F.:
Nº Colegiado:		Lugar de Colegiación:	
Titulación y Especialidad:		Centro de Trabajo:	

Opciones a Contratar: Señale en la casilla correspondiente la modalidad asegurada

LIMITE DE INDEMNIZACIÓN	PRIMA TOTAL PARA ACTIVIDAD PÚBLICA	PRIMA TOTAL PARA ACTIVIDAD MIXTA	PRIMA TOTAL PARA ACTIVIDAD PRIVADA- PREMIUM PLUS
300.000 €	29,61 €	110,13 €	185,06 €
600.000 €	35,53 €	132,13€	222,08 €
900.000 €	39,09 €	145,35€	244,29 €
1.200.000 €	41,46 €	154,15 €	259,09 €
1.500.000 €	47,37 €	176,18€	296,10 €

Garantías Opcionales a Contratar: Señale con una X en caso de querer contratar la garantía opcional.

GARANTÍA OPCIONAL	PRIMA TOTAL	SELECCIONE EN CASO DE CONTRATACIÓN
R.C por LOPD y Restitución de Imagen Capital Asegurado 150.000 € Franquicia 3.000 € por siniestro	53,08 €	

IBAN

E	S																				
País		Nº Control		Entidad				Oficina				D.C.		Nº de Cuenta Corriente							

Titular de la cuenta corriente: _____

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA: Autorizo a Amic Seguros Generales S.A., CIF-A78920105, con código ES46022A78920105 a cargar y enviar a mi cuenta indicada, los recibos correspondientes a la póliza contratada de pago recurrente. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por la entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las 8 semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Siniestralidad:	
¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia o hecho que razonablemente pudiera dar lugar a una reclamación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, facilite cual fue la causa, el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados y la situación actual en la que se encuentra:	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?

AMIC, Seguros Generales, S.A. (en adelante AMIC).

¿Con qué finalidad tratamos sus datos?

Trataremos sus datos con la finalidad de formalizar y gestionar la Póliza de Seguro, los servicios accesorios a la misma, y gestión comercial.

¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?

La legitimación está basada en la ejecución del contrato y el consentimiento del interesado.

¿A quién comunicaremos sus datos?

En caso de habernos dado su consentimiento los datos facilitados serán comunicados a las empresas del Grupo PSN, con la finalidad de remitirle información comercial por cualquier medio, incluidos los electrónicos sobre las actividades, servicios y productos que ofrecen las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la dirección: <http://www.psn.es/empresas-psn>.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

El Cliente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.psn.es/politica-de-privacidad/>

He leído y acepto la información sobre Protección de Datos.

El abajo firmante declara, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas.

En, _____ a _____ de _____ de 20____

Leído y conforme: El Asegurado