

**SOLICITUD SUPLEMENTO DE AMPLIACION DE LIMITE DE SUMA ASEGURADA PARA LA PÓLIZA
DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRATADA POR EL COL-LEGI DE FISIOTERAPEUTES DE
CATALUNYA (POL. Nº 67240416)**

DATOS DEL SOLICITANTE		
Apellidos y nombre	Nº Colegiado	N.I.F.
Dirección		
C.P.	Población	Provincia
Teléfono	Teléfono 2	Fax
Correo electrónico		

FORMA DE PAGO (marcar con una "X")	
<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA BANCARIA	<input type="checkbox"/> DOMICILIACIÓN BANCARIA (Nº COMPLETO)

ALTA AMPLIACIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL (marcar con una "X")
<input type="checkbox"/> Deseo ampliar el limite de cobertura de la póliza de responsabilidad civil en la cantidad de: 1.000.000€ *(Esta cantidad se sumara al 1.500.000€ de cobertura de la póliza del colegio). Prima Total Anual: 07.00 €

BAJA AMPLIACIÓN RESPONSABILIDAD CIVIL (marcar con una "X")
<input type="checkbox"/> Deseo dar de baja el limite de cobertura de la póliza de responsabilidad civil en la cantidad de: 1.000.000€ (La baja de la ampliación de la responsabilidad civil, no afecta al 1.500.000€ de cobertura de la póliza del colegio). La prima total de esta segunda capa es de 07.00 € anuales

Firma del solicitante

, a de de 20

Fecha de Efecto (Cumplimentar por la compañía):

, a de de 20

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Rogamos autoricen a la firma HOWDEN IBERIA Correduría de Seguros, S.A., el cobro de los recibos que sean presentados contra nuestra cuenta, que figura al pie de la presente, para las pólizas del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

Nombre Sociedad:

Nombre Banco:

C.C.C.					
	IBAN	Código Banco	Código Agencia	D.C.	Número cuenta bancaria

TITULAR CUENTA

--

**Para evitarles mayores molestias, o la devolución de los recibos, rogamos rellenen todos los datos, y den conformidad a su Banco.*

FECHA:

FIRMA AUTORIZADA:

--

Protección de Datos Personales - De conformidad con el artículo 5 de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, por el que se regula el derecho de información en la recogida de datos, los datos personales del asegurado obtenidos a los efectos del presente formulario, quedarán incorporados en un fichero titularidad de Howden Iberia Correduría de Seguros, S.A., con la única finalidad de tramitar la correspondiente póliza de seguro y mantener su relación con el asegurado. Howden Iberia Correduría de Seguros, S.A. garantiza la confidencialidad de la información a la que pueda tener acceso con motivo de la tramitación de su seguro, obligación que hará extensiva a sus empleados y colaboradores. Informamos al asegurado que sus datos serán comunicados a la compañía Aseguradora que corresponda para la emisión de la póliza. Así mismo dichos datos serán comunicados al CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS OFICIALES DE TITULADOS MERCANTILES DE ESPAÑA, con la única y exclusiva finalidad de que la citada entidad pueda verificar la existencia del alta o vigencia del Seguro de Responsabilidad Civil. El asegurado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos personales, de conformidad con lo establecido en la normativa vigente sobre protección de datos personales, dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección c/Montalban,7 – 28014 – Madrid