Colegio
Administradores de Fincas
Valencia - Castellón

SOLICITUD DE BAJA EN EL SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y ELECCIÓN DE COBERTURA POSTERIOR

Póliza: HD IP6 2133061 Entidad aseguradora: Hiscox, S.A., Sucursal en España

D./D.ª _____, con DNI/NIE _____, número de colegiado _____, domicilio _____, teléfono _____ y correo electrónico _____,

EXPONE

Que solicita causar baja como asegurado en activo en la póliza colectiva indicada, con efectos desde el día _____, a las _____ horas, por el siguiente motivo:

Fecha de cese de la actividad profesional, si procede: _____.

Que ha sido informado de que la cobertura de responsabilidad civil profesional se basa en las reclamaciones formuladas por primera vez durante el período cubierto, con el alcance y las condiciones establecidos en la póliza. En consecuencia, una reclamación recibida después de finalizar su cobertura puede quedar sin amparo, aunque se refiera a una actuación profesional anterior.

SOLICITA

Que se tramite la siguiente opción, marcando una sola casilla:

☐ **OPCIÓN A. BAJA SIN CONTRATACIÓN DE COBERTURA POSTERIOR**

Solicito mi baja en la póliza sin contratar un período de cobertura posterior o «cola».

Entiendo y acepto que, una vez sea efectiva la baja, dejaré de disponer de cobertura ordinaria como asegurado en activo y que las nuevas reclamaciones formuladas contra mí podrán quedar sin cobertura, aunque deriven de actuaciones realizadas antes de la baja. Asumo personalmente las consecuencias económicas de las reclamaciones que no resulten cubiertas.

Esta elección no supone una renuncia a los derechos que pudieran corresponderme por reclamaciones anteriores, hechos o circunstancias

previamente notificados y aceptados por la aseguradora, ni por otras garantías que resulten aplicables conforme a la póliza y a la ley.

☐ **OPCIÓN B. CONTRATACIÓN DE UN PERÍODO DE COLA DE TRES AÑOS**

Solicito la contratación de cobertura posterior durante tres años, para las reclamaciones relativas a actuaciones profesionales anteriores a la fecha de baja o cese que se establezca en la confirmación de cobertura.

Inicio solicitado: _____**, a las** _____ **horas.** Coste del período solicitado: 152,28 €

Dicha prima se debe ingresar en la fecha de solicitud de baja en la cuenta titularidad del Colegio con número: **IBAN ES73 0081 0145 00 0001254128**

☐ **OPCIÓN C. CONTRATACIÓN DE UN PERÍODO DE COLA DE CINCO AÑOS**

Solicito la contratación de cobertura posterior durante cinco años, para las reclamaciones relativas a actuaciones profesionales anteriores a la fecha de baja o cese que se establezca en la confirmación de cobertura.

Inicio solicitado: _____**, a las** _____**horas.** Coste del período solicitado: 234,68 €

Dicha prima se debe ingresar en la fecha de solicitud de baja en la cuenta titularidad del Colegio con número: **IBAN ES73 0081 0145 00 0001254128**

CONDICIONES DE LAS OPCIONES B Y C

Entiendo que la cobertura posterior:

a) Se refiere a actuaciones profesionales anteriores a la fecha de baja confirmada y no cubre nuevas actuaciones profesionales posteriores.

b) Está sujeta a los límites, franquicias, exclusiones y demás condiciones de la póliza y del suplemento o confirmación que se emita.

c) Conforme al condicionado aportado, requiere que la póliza colectiva se mantenga en vigor. El pago del importe indicado no garantiza por sí solo la cobertura si dicha póliza deja de estar vigente, salvo pacto expreso escrito de la aseguradora.

d) Requiere la formalización de la opción elegida y el pago en los términos confirmados. La presentación de esta solicitud no acredita por sí sola la contratación de la cobertura posterior, sin el pago de la prima previsto.

DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro haber leído y comprendido las opciones anteriores y el alcance de la opción marcada. Me comprometo a comunicar las reclamaciones y los hechos o circunstancias que puedan dar lugar a ellas en los términos y plazos establecidos en la póliza.

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma del solicitante: