medicop
correduría de seguros

HISCOX
SEGUROS ESPECIALIZADOS

SOLICITUD DE INCLUSION EN LA POLIZA Nº 0971870011186 DEL ICAFV

A) DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombre y Apellidos/Razón Social: _____

Nº Colegiado: _____ NIF: _____ F. nacimiento: _____ Tel. fijo: _____

Teléfono móvil: _____ Mail: _____

Domicilio profesional: _____ Código Postal: _____

Población: _____ Provincia: _____ fecha inicio actividad: _____

Persona de contacto: _____ Fecha de adhesión solicitada: ____ / ____ / ___

B) INFORMACION ADICIONAL PARA SOCIEDADES

Facturación / ingresos anuales del último ejercicio cerrado: _____ .- €

Otras actividades que realiza: _____

C) INFORMACION SOBRE SINIESTRALIDAD

1.- ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión en los últimos 5 años?

SI ☐ NO ☐

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

_____

_____

2. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación contra el Tomador o alguno de sus socios?

SI ☐ NO ☐

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada.

_____

_____

D) INFORMACION ADICIONAL

1. ¿Cumple los requisitos previstos en el Reglamento General de Protección de Datos – UE 2016/679 – (RGPD)?

SI ☐ NO ☐

2. ¿Tiene conocimiento de alguna investigación o ha sido sancionado por la Agencia Española de Protección de Datos?

SI ☐ NO ☐

NOTA: Un hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación debe interpretarse en el sentido más amplio posible. Por favor, consulte con su Mediador de Seguros para que le asesore en este punto.

En todo caso para que no haya dudas sobre el sentido de la pregunta, debe Ud. declarar cualquier incidencia relacionada con su actividad profesional que exceda de la más estricta normalidad o habitualidad. En particular, cualquier notificación, incidencia o intervención ante cualquier Tribunal o Autoridad, judicial, arbitral o administrativa o en cualquier procedimiento o expediente, cualquiera que sea la calidad en la que Ud. se vea afectado por la incidencia, reciba la notificación o intervenga ante el Tribunal o Autoridad, o en el procedimiento o expediente, puede constituir un hecho relevante que debe ser declarado.

Protección de Datos de Carácter Personal

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, de 27 de abril de 2016, queda informado de que los datos personales que facilite a través de esta solicitud serán incorporados a un fichero titularidad de **Medición Colectivos Profesionales, Correduría de Seguros, S.L.** (**MEDICOP, S.L.**), con CIF B98231855 y domicilio sito en Avda. Jacarandas nº 2-133, (46100 Burjassot, Valencia). En **MEDICOP, S.L.**, tratamos la información personal que nos facilita al objeto de realizar nuestra labor de asesoramiento e intermediación para el aseguramiento y prestación de servicios que tiene contratados con nosotros. La base legal para el tratamiento de sus datos, además de por haber obtenido su previo consentimiento, es la ejecución del contrato de seguro según los términos y condiciones que figuran en el mismo. Al objeto de prestar los servicios de asesoramiento e intermediación, es necesaria la cesión de sus datos a terceros, en concreto a las entidades colaboradoras prestadoras de servicios con las que se formalice y mantenga la relación contractual. Al facilitarnos su información personal, nos autoriza expresamente a tratar y compartir su información con dichos colaboradores, en la medida que están directamente implicados en la prestación del producto contratado. **MEDICOP, S.L.**, asume la responsabilidad por la información personal que nos facilita, y a estos efectos solicitamos a aquellas empresas con los que compartimos su información personal que apliquen el mismo grado de protección de la información que nosotros. Los datos personales se conservarán durante el tiempo que se mantenga la relación contractual. Una vez finalizada la relación contractual, mantendremos sus datos personales bloqueados durante los plazos de prescripción legal, con carácter general 10 años desde la finalización de la relación contractual por normativa de prevención de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo y hasta 15 años por aplicación del Código Civil, o 5 años desde la nueva Ley 42/2015 de 7 de enero, que reforma la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, por el que se modifica el art. 1964 CC. Transcurridos los plazos de prescripción legal, destruiremos sus datos.

¿Nos autoriza a remitirle comunicaciones comerciales relativas a nuestros productos aseguradores, de carácter financiero o inversor por email, fax, SMS, MMS, servicios de mensajería, correo postal y/o comunidades sociales?
Si ☐ **No** ☐

Elaboración de perfiles: ¿Nos autoriza a tratar sus datos para la elaboración de perfiles, mediante técnicas de segmentación o CRM, a fin de hacerle llegar nuestras comunicaciones y ofertas de forma más personalizada?
Si ☐ **No** ☐

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas o notificándolo por escrito a la dirección del remitente, o a la siguiente dirección de correo: protecciondedatos@seguros-medicop.es.
Asimismo, se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.agpd.es). De acuerdo con la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, Vd. podrá oponerse en cualquier momento al tratamiento de sus datos para las finalidades anteriores notificándonoslo por escrito a la dirección de correo mencionada. Más información Política de Privacidad: http://www.seguros-medicop.es/privacidad.pdf

Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma:_____ Fecha: _____