

SOLICITUD DE ALTA

PÓLIZA COLECTIVA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, NÚM. 168317

Compañía Aseguradora: Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) Sucursal en España, Tomador: CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA, (CCMC)

El Dr./Dra. _____, con NIF _____,
colegiado/da en ejercicio en el Col·legi Oficial de Metges de _____, (en adelante, el Colegio),
con el núm. _____, dirección postal _____,
teléfono de contacto _____ y correo electrónico _____.

SOLICITA, su inclusión en la póliza colectiva referenciada, con fecha de efecto a partir del próximo día _____ y MANIFIESTA:

Que ha sido informado/da y conoce:

- El contenido de la póliza, de la cual se le efectúa entrega de las condiciones particulares, que también puede consultar en <https://comt.cat/responsabilitat-civil-professional/>
- Las causas de exclusión de cobertura.
- Que una reclamación conocida con anterioridad a la fecha de efecto indicada no se encuentra cubierta por esta póliza.
- Que la prima del seguro que suscribe se cargará por parte del Colegio al que pertenece en el número de cuenta corriente que tiene designado en este Colegio.

En relación con la mediación de la póliza de seguros, también ha sido informado/da de lo siguiente:

- Que el Colegio actúa en este acto como colaborador externo de Medicorasse Correduría de Seguros del CMB SAU, en la distribución de seguros.
- Que los datos de identificación de la Correduría de seguros son: Medicorasse Correduría de Seguros del Col·legi de Metges de Barcelona SAU, (en adelante, MEDICORASSE), domiciliada en Barcelona, Paseo Bonanova 47, 08017, con NIF A-59.498220, registrada a la DGSFP con la clave J0928, e inscrita en el registro Mercantil de Barcelona, al tomo 20624, folio 211, hoja número B-10481, inscripción 1ª. Medicorasse dispone de la póliza de responsabilidad civil y capacidad financiera prevista en el Real Decreto Ley 3/2020, de 4 de febrero, que transpone la Directiva (UE) 2016/97 sobre Distribución de seguros (en adelante RDL 3/2020).
- Que el procedimiento de presentación de quejas y reclamaciones se encuentra descrito en la dirección web <https://medicorasse.med.es/ca/info/queixes>. Las reclamaciones/quejas se pueden presentar por correo postal a Medicorasse, Passeig Bonanova 47, Barcelona 08017 (ref. Servicio Atención al Cliente), o por correo electrónico a medicorasse.serveiatencioclient@med.es.
- Que Medicorasse, de conformidad con el RDL 3/2020, lleva a cabo su actividad haciendo un análisis objetivo de un nombre suficiente de contratos de seguros que se ofrecen en el mercado en relación con los riesgos objeto de cobertura, ofreciendo un asesoramiento independiente, profesional e imparcial, y bajo los principios de honestidad, equidad y profesionalidad, en beneficio y representación de los intereses de sus clientes delante de las entidades aseguradoras.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

Doy mi consentimiento para que mis datos personales aquí facilitados sean tratados por:

- a) El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, (CCMC), con la finalidad de gestionar la lista de asegurados en la póliza colectiva de responsabilidad civil profesional de la cual es tomador, tramitar y gestionar los siniestros y facilitarme defensa jurídica, de acuerdo con el contrato de seguro.

He sido informado que puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable del tratamiento: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC), CIF V 60147889, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, por correo postal o por email a dadespersonals@ccmc.cat.

He sido informado que el CCMC dispone de un Delegado de Protección de Datos (dpo@ccmc.cat), y de mi derecho a presentar una reclamación ante la Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

- b) Medicorasse, con la finalidad de intermediar en la póliza colectiva de responsabilidad civil suscrita, y desarrollar las funciones previstas en el RDL 3/2020.

Puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable del tratamiento: Medicorasse Correduría de Seguros del COMB SAU, CIF B 59498220, Paseo Bonanova 47, 08017 Barcelona, por correo postal o por email datospersonales.medicorasse@med.es.

He sido informado de mi derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

SÍ ☐	NO ☐	Autorizo que mis datos personales sean tratados por Medicorasse, también con la finalidad de enviarme comunicaciones comerciales, por cualquier vía de comunicación, incluidas las electrónicas o equivalentes, para informarme sobre productos de seguros y de planes de pensiones de acuerdo con mis necesidades con la elaboración de un perfil. Sobre la base de este perfil no se tomarán decisiones individuales automatizadas.
--	--	---

Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento mediante escrito datospersonales.medicorasse@med.es

He sido informado/da de lo siguiente:

- i. Los datos de contacto que disponga el Colegio, podrán ser cedidos al CCMC y a Medicorasse con la finalidad de poder dar cumplimiento a sus respectivas funciones en relación a la póliza colectiva de seguros suscrita.
- ii. Los datos personales facilitados también serán comunicados a la entidad aseguradora con quién, en cada momento, esté suscrita la póliza colectiva de responsabilidad civil.
- iii. Los datos se conservaran hasta la fecha de baja como asegurado de la póliza colectiva y, en todo caso, durante el plazo legalmente previsto para su conservación.

Firma:

Fecha: , _____ de _____ de _____