

## SOL·LICITUD D' ALTA

### **PÒLISSA COL·LECTIVA DE RESPONSABILITAT CIVIL PROFESSIONAL - NÚM. 168317**

**Companyia Asseguradora: Société Hospitali re d'Assurances (SHAM) Sucursal en España**

**Prenedor: CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA (CCMC)**

El Dr./Dra. \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_,  
col·legiat/da en exercici al Col·legi Oficial de Metges de \_\_\_\_\_, (en endavant, el Col·legi),  
amb el núm. \_\_\_\_\_, adreça postal \_\_\_\_\_,  
telèfon de contacte \_\_\_\_\_ i adreça de correu electrònic \_\_\_\_\_.

**SOL·LICITA la seva inclus o a la pòlissa col·lectiva referenciada**, amb data d'efectes a partir del proper dia \_\_\_\_\_, i MANIFESTA:

Que ha estat informat/da i coneix:

- El contingut de la pòlissa, de la que se li fa entrega de les seves condicions particulars, que també pot consultar a <https://comt.cat/responsabilitat-civil-professional/>
- Les causes d'exclusió de cobertura.
- Que una reclamació coneguda amb anterioritat a la data d'efecte indicada no es troba coberta per aquesta pòlissa.
- Que la prima de l'assegurança que subscriu es carregarà per part del Col·legi al que pertany en el número de compte corrent que té designat en aquest Col·legi.

En relació amb la mediació de la pòlissa d'assegurança, també ha estat informat/da del següent:

- Que el Col·legi actua en aquest acte com a Col·laborador Extern de Medicorasse, Correduri  de Seguros del CMB, SAU, en la distribució d'assegurances.
- Que les dades d'identificació de la corredoria d'assegurances que intermèdia la pòlissa són: Medicorasse Correduri  de Seguros del Col·legi de Metges de Barcelona, SAU (en endavant, MEDICORASSE), domiciliada a Barcelona, Passeig Bonanova 47, 08017, amb NIF A-59.498220, registrada a la DGSFP amb la clau J0928, i inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, al tom 20624, foli 211, full número B-10481, inscripció 1a. Medicorasse disposa de la pòlissa de responsabilitat civil i capacitat financera prevista el Reial Decret Llei 3/2020, de 4 de febrer, que transposa la Directiva (UE) 2016/97 sobre la Distribució d'assegurances (en endavant RDL 3 / 2020).
- Que el procediment de presentació de queixes i reclamacions es troba descrit al web <https://medicorasse.med.es/ca/info/queixes>. Les reclamacions/queixes es poden presentar per correu postal a Medicorasse, Passeig Bonanova 47, Barcelona 08017 (ref. Servei Atenció al Client), o per correu electrònic a [medicorasse.serveiatencioclient@med.es](mailto:medicorasse.serveiatencioclient@med.es).
- Que Medicorasse, de conformitat amb el RDL 3/2020, duu a terme la seva activitat fent una anàlisi objectiva d'un nombre suficient de contractes d'assegurança que s'ofereixen al mercat en relació als riscos objecte de cobertura, oferint un assessorament independent, professional i imparcial, i sota els principis d'honestedat, equitat i professionalitat, en benefici i representació dels interessos dels seus clients davant les entitats asseguradores.

### **PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS:**

**Dono el meu consentiment** per a què les meves dades personals aquí facilitades siguin tractades per:

- a) El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, (CCMC), amb la finalitat de gestionar la llista d'assegurats a la pòlissa col·lectiva de responsabilitat civil professional de la qual és prenedor, tramitar i gestionar els sinistres i facilitar-me defensa jurídica, d'acord amb el contracte d'assegurança.

He estat informat que puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, CIF V 60147889, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, per correu postal, o per email a [dadespersonals@ccmc.cat](mailto:dadespersonals@ccmc.cat).

He estat informat que el CCMC disposa d'un Delegat en Protecció de Dades ([dpo@ccmc.cat](mailto:dpo@ccmc.cat)), i del meu dret a presentar una reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

- b) Medicorasse, amb la finalitat d'intermediar en la pòlissa col·lectiva de responsabilitat civil subscrita, i desenvolupar les funcions previstes en el RDL 3/2020.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Medicorasse Correduria de Seguros del CMB, SAU, CIF B 59498220, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, per correu postal, o per email [dadespersonals.medicorasse@med.es](mailto:dadespersonals.medicorasse@med.es).

He estat informat del meu dret a presentar una reclamació davant de la Agencia Española de Protección de Datos.

- SÍ**  **NO**  **Autoritzo** que les meves dades personals siguin tractades per **Medicorasse, també amb la finalitat d'enviar-me comunicacions comercials, per qualsevol via de comunicació, incloses les electròniques o equivalents**, per informar-me sobre productes d'assegurances i de plans de pensions d'acord amb les meves necessitats amb l'elaboració d'un perfil. Sobre la base d' aquest perfil no es prendran decisions individuals automatitzades.

Aquesta autorització podrà ser revocada en qualsevol moment mitjançant escrit a [dadespersonals.medicorasse@med.es](mailto:dadespersonals.medicorasse@med.es)

També **he estat informat/da** del següent:

- i. Les dades de contacte de que disposi el Col·legi poden ser cedides al CCMC i a Medicorasse amb la finalitat de poder donar compliment a les seves respectives funcions en relació a la pòlissa col·lectiva d'assegurança subscrita.
- ii. Les dades personals facilitades també seran comunicades a l'entitat asseguradora amb qui, en cada moment, estigui subscrita la pòlissa col·lectiva de responsabilitat civil.
- iii. Les dades es conservaran fins a la data de baixa com a assegurat a la pòlissa col·lectiva i, en tot cas, durant el termini legalment previst per a la seva conservació.

Signatura:

Data: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_