**Solicitud de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Trabajadores Sociales**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de efecto (00:00 h.): **01/01/2017** | Fecha de vencimiento (24:00 h.): **31/12/2017** |
| Colegio: **COLEGIO OFICIAL TRABAJO SOCIAL CADIZ** | Nº de colegiado: |
| Nº de póliza: **211524** | Mediador: **Brokers 88 Correduría de Seguros** |

**Datos del Asegurado**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Apellido 1: | | | Apellido 2: | | |
| NIF/NIE/Pasaporte: | F. de nacimiento: | | | Sexo: Hombre Mujer | | |
| Domicilio: | | | | Código Postal: | | |
| Población: | | Provincia: | | | | |
| Profesión: **Diplomado en Trabajo Social** | | Autónomo:  Sí  No | | | | |
| Email: | | Teléfono: | | | | |
| **Garantías** | | | **Opción 1** | | | **Opción 2** |
| Responsabilidad Civil Profesional | | | 450.000 € | | | 900.000 € |
| Responsabilidad Civil de Explotación | | | 450.000 € | | | 900.000 € |
| Responsabilidad Civil Patronal | | | 180.000 € | | | |
| Responsabilidad Civil Locativa | | | 450.000 € | | | 900.000 € |
| Daños morales no consecuenciales | | | 60.000 € | | | |
| Gastos de Defensa en materia de Propiedad Intelectual y/o Industrial | | | 150.000 € | | | |
| Inhabilitación Profesional | | | 45.000 € (2.500 €/mes, máx. 18 meses) | | | |
| Deshonestidad de empleados | | | 150.000 € | | | |
| Pérdida de documentos | | | 150.000 € | | | |
| Protección de datos | | | 300.000 € (franquicia 3.000 €) | | | |
| Libre elección de abogados | | | Incluida | | | |
| Asistencia jurídica para agresiones | | | Incluida | | | |
| Daños patrimoniales primarios | | | Incluida | | | |
| Defensa y Fianzas | | | Incluida | | | |
| Liberación de Gastos | | | Incluida | | | |
| Límite agregado anual de la póliza | | | 6.500.000 € | | | |
|  | | | **5,30 €** | | **10,61 €** | |

**Capital asegurado, prima y forma de pago**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opción 1:  450.000 € | Prima Total Anual: 5,30 € | Forma de pago:  Anual |
| Opción 2:  900.000 € | Prima Total Anual: 10,61 € | Forma de pago:  Anual |

\*Se cobrará la parte proporcional a los días asegurados entre la fecha de efecto del certificado y la fecha de vencimiento anual de la póliza.

**Datos bancarios**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | E | S |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Se informa al interesado que MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA, sobre sus productos y servicios. El Asegurado/Tomador autoriza expresamente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El Asegurado/Tomador podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA, Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 Madrid, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado facilite a MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA información relativa a los Asegurados o a los Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiestan que todos esos datos que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos; y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

En………………………………… a……… de……………………….. de………. Firma: