

A través del presente documento el **firmante manifiesta su deseo de suscribir el seguro de Responsabilidad Civil** que el Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales tiene negociado a través de **ALKORA EBS Correduría de Seguros y Reaseguros** con la aseguradora MAPFRE ESPAÑA Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.:

A título informativo **las principales coberturas, límites y garantías amparadas en la póliza son las que se detallan a continuación**, debiendo estarse en todo caso en su interpretación al contenido de las mismas que se recogen en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, que han sido aceptadas por el asegurado y que rigen la cobertura del seguro.

- ✓ **Actividad Asegurada:** La realización de obras e instalaciones de fontanería, electricidad, calefacción-acs, climatización, frío industrial, telecomunicaciones, Domótica, grúas, energía solar, instalaciones de protección contra incendios, extintores, instalaciones térmicas, reparación de electrodomésticos y aparatos a presión.
- ✓ **Objeto del seguro:** El Asegurador garantiza, mediante el abono de la prima estipulada, el pago de las indemnizaciones por las que pueda resultar civilmente responsable conforme a derecho, **por daños corporales o materiales y perjuicios ocasionados a terceros.**
- ✓ **Responsabilidad Civil Explotación:** Se garantiza la responsabilidad civil en la que el asegurado pueda incurrir en el desarrollo de la actividad asegurada, incluyendo la originada durante la ejecución de los trabajos.
- ✓ **Responsabilidad Civil Accidentes de Trabajo:** Se cubre la responsabilidad civil que le sea exigida al asegurado por accidentes de trabajo ocurridos en el ejercicio de la actividad asegurada. Sublímite por víctima: 150.000,00 €.
- ✓ **Responsabilidad Civil Post trabajos:** Se cubren los daños originados por los trabajos una vez que han sido ejecutados o entregados, durante la vigencia de la póliza.
- ✓ **Defensa Jurídica y Fianzas Civiles.**
- ✓ **Franquicia de 300 € por siniestro.**
- ✓ **Ámbito Geográfico: España.**
- ✓ **Ámbito Temporal:** Cobertura para los daños causados **durante la vigencia de la póliza + 24 meses** de comunicación adicional una vez extinguido el contrato.

EN CASO DE ESTAR INTERESADO EN SUSCRIBIR EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR FAVOR CUMPLIMIENTO LOS DATOS QUE SE SOLICITAN A CONTINUACIÓN Y ENVÍELO AL e-mail: cogitilpa@cogitilpa.org
Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el Tel. 928.24.33.45 o en el e-mail: cogitilpa@cogitilpa.org
(*) NOTA IMPORTANTE: LOS INSTALADORES DE GAS, POR PRECISAR COBERTURAS CONCRETAS, DEBEN CONTACTAR CON LA DIRECCIÓN DE CORREO O TELÉFONO INDICADOS PARA CONOCER SUS CONDICIONES.

OPCIONES DE CONTRATACION

LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN	PRIMA TOTAL POR EMPLEADO	PRIMA MÍNIMA POR SOCIEDAD
300.000 €	54,07 €	194,67 €
600.000 €	67,59 €	227,12 €
900.000 €	77,86 €	248,75 €
1.200.000 €	87,06 €	270,38 €
1.500.000 €	91,92 €	292,01 €
2.000.000 €	97,33 €	324,45 €

A la fecha de la presente firma, ¿el solicitante tiene conocimiento de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación? **SI** **NO**
 Solicitamos su autorización para el envío de información comercial sobre productos y servicios que puedan ser de su interés. **SI** **NO**

DATOS DEL TITULAR

Nombre y Apellidos: _____ NIF: _____
 Dirección: _____ Población: _____ C.P.: _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Email: _____ Nº de Empleados: _____

DATOS BANCARIOS

Titular: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Domiciliación bancaria (IBAN): ES _____ - _____ - _____ - _____

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a ADARTIA GLOBAL CORREDURÍA DE SEGUROS, S.A.U. a enviar instrucciones a la entidad bancaria del deudor para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de ADARTIA GLOBAL CORREDURÍA DE SEGUROS, S.A.U. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en su cuenta. En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.

A través de la cumplimentación de este boletín el interesado manifiesta su deseo de adhesión a la póliza de referencia, quedando ésta supeditada, en todo caso, a la aceptación de la misma por parte de la compañía, y no teniendo este documento naturaleza contractual.

Fecha: _____ **Firma Asegurado:** _____ **Firma Titular de la Cuenta:** _____

Le informamos que ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. es una correduría de seguros que tratará los datos facilitados a través del siguiente formulario para la suscripción y gestión de la póliza solicitada, prestación de los servicios contratados, tramitación de reclamaciones y siniestros, así como para el envío de comunicaciones comerciales sobre productos de seguros. Sus datos no serán comunicados a terceros salvo por obligación legal. Podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, a través de la siguiente dirección: ejerciciodederechosrgpd@alkora.es Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en <https://www.alkora.es/politicadeprivacidad>