

A través del presente documento el **Colegiado manifiesta su deseo de suscribir el seguro de Responsabilidad Civil Profesional** que el Colegio de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas tiene contratado a través de **Adartia Global Correduría de Seguros** con la compañía **Mapfre Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.**

Destacamos las principales características de este seguro debiendo estarse en todo a lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, aceptadas por el tomador que rigen la cobertura del seguro:

- **Asegurados:** Ingenieros Técnicos de Obras Públicas legalmente habilitados para el ejercicio de su profesión, que se hayan dado de alta en el seguro.
- **Tomador:** Colegio de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas.
- **La póliza amparará las reclamaciones por daños personales, daños materiales y sus perjuicios consecuenciales, así como los daños patrimoniales primarios.**
- **Límite de Indemnización por Asegurado/Siniestro/Año de 3.500.000 € (excepto modalidad E)**
- **Coberturas incluidas:** Responsabilidad Civil Profesional, Responsabilidad Civil Explotación, Responsabilidad Civil Accidentes de trabajo, Responsabilidad Civil Locativa, Defensa Jurídica, fianzas judiciales, Defensa Penal en actuaciones profesionales, R.C por infracción de la LOPD etc.
- **Franquicia: Sin franquicia**
- **Delimitación Temporal:** Reclamaciones durante la vigencia de la póliza con **Retroactividad Ilimitada**
- **Delimitación geográfica: Mundial excepto USA y Canadá**

DATOS PERSONALES ASEGURADO – cumplimentar todos los campos

Nombre y apellidos: _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ C. Postal: _____ E-mail: _____

Teléfono: _____ NIF: _____ Nº Colegiado: _____

DATOS BANCARIOS Y DEL PAGADOR – cumplimentar todos los campos

IBAN: _____ Banco: _____ Oficina: _____ DC: _____ Nº de cuenta _____

Titular: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA: Autorizo al Colegio de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas con CIF G-2867010-G, y código de emisor ES55 0081 0569 88 0001922199 a cargar y enviar a la cuenta indicada, los recibos correspondientes a la póliza contratada de pago recurrente.

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 cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

**A TRAVÉS DEL PRESENTE DOCUMENTO EL INTERESADO MANIFIESTA SU DESEO DE ADHERIRSE AL SEGURO
POR FAVOR CUMPLIMENTE LOS DATOS SOLICITADOS Y ENVIE EL BOLETÍN AL COLEGIO DE INGENIEROS TÉCNICOS DE OBRAS PÚBLICAS
(E-mail: consejo@citop.es – Telf. 914516920)**

MODALIDADES	COSTE TOTAL ANUAL (incluidos impuestos)
A – FUNCIONARIOS	72,86 € <input type="checkbox"/>
B – FUNCIONARIOS Y/O ASALARIADOS	208,87 € <input type="checkbox"/>
C – FUNCIONARIOS Y/O ASALARIADOS Y/O EJERCICIO LIBRE	281,60 € <input type="checkbox"/>
D – EJERCICIO LIBRE	356,13 € <input type="checkbox"/>
E – EJERCICIO LIBRE SINGULAR CON LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN DE 30.000 € POR ASEGURADO/ SINIESTRO/ AÑO	50,95 € <input type="checkbox"/>
** COLEGIADOS CITOP CON TITULACION EN ING.CAMINOS POR TRABAJOS VISADOS EN CITOP Y FIRMADOS COMO ING. CAMINOS	Incremento de 200,00 € sobre la modalidad seleccionada <input type="checkbox"/>

Límite Asegurado 4.500.000 € (para modalidades A,B,C y D) con Prima adicional 116,77 € para cualquier modalidad

**** Los asegurados incluidos en esta categoría, deberán de marcar además, la modalidad en la que ejercen su actividad, de la A a la E. La cuantía anual del seguro será la suma de ambas primas.**

Los trabajos realizados por FUNCIONARIOS que ejerzan la actividad exclusivamente en esta modalidad, estarán exentos de la obligación de visado.

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

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

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.

Póliza suscrita por MAPFRE ESPAÑA Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. e intermediada por Adartia Global Correduría de Seguros, S.A. Inscrita en el registro, mercantil Tomo 4.575, libro O, Folio 139, Hoja BI-42981 CIF A-95374971, domicilio en Avenida de Brasil 4, 28020 Madrid, tel. de contacto 917819545 y mail rgpd@adartia.es, inscrita en el Registro especial de Corredores de Seguros y de Sociedades de Correduría de Seguros con la clave J-2428. Los datos serán cedidos a las Compañías Aseguradoras de las adhesiones solicitadas, para gestiones relacionadas con dicha suscripción. En virtud de lo dispuesto en el RGPD (UE) 2016/679 de 17 de abril de 2016, tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, realizar la facturación el mismo en su caso, y llevar la gestión fiscal, contable y administrativa de la empresa. Los datos proporcionados serán conservados hasta el momento en el que usted retire su consentimiento o ejerza el derecho de oposición. Puede consultar nuestra política de privacidad en nuestra web www.adartia.es.

Usted tiene derecho de acceso, rectificación, supresión y oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de sus datos cuando estos ya no sean necesarios, dirigiéndose por escrito a nuestra dirección postal o de correo electrónico. Igualmente si considera que el tratamiento de datos no se ajusta a la normativa vigente, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control en agpd.es.