

El abajo firmante, D./D^a. _____ con DNI _____, en su propio nombre y personal derecho, perteneciente al Ilustre Colegio de Procuradores de los Tribunales de _____ con número de colegiado _____,

DECLARA, basándose en sus necesidades aseguradoras y en relación a los riesgos inherentes a su actividad profesional:

- Que una vez presentadas las diferentes opciones, el Colegio y ASEGURAUNIDOS han optado por la opción que entienden como más favorable, por alcance de la cobertura, condiciones técnicas y relación calidad precio.
- Que ha sido informado y tiene conocimiento de todas las condiciones generales y particulares de la citada de póliza, en particular del alcance de las coberturas, las cuales declara conocer expresamente y que acepta en este momento.
- Que es conocedor de que la contratación de esta póliza por parte de los colegiados es totalmente VOLUNTARIA.

Y que, por lo tanto, **MANIFIESTA**:

1. SU **VOLUNTAD EXPRESA DE ADHERIRSE A LA CITADA PÓLIZA COLECTIVA** CON LAS CONDICIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, AUTORIZANDO A LA ASOCIACIÓN DE SEGUROS COLECTIVOS ASEGURAUNIDOS A NEGOCIAR DIRECTAMENTE LA FORMALIZACIÓN CON LA ENTIDAD ASEGURADORA, ASÍ COMO DESIGNAR A BMS Mediación Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.L.U. COMO MEDIADOR RESPECTO DE LOS RIESGOS DESCRITOS.
2. Que, con el fin de desarrollar el encargo efectuado, autoriza a la Asociación de Seguros Colectivos ASEGURAUNIDOS a que realice cuantos actos de gestión sean necesarios para el cumplimiento de la voluntad manifestada anteriormente.
3. Que conoce expresamente que su condición de ASEGURADO bajo esta póliza está vinculada a la pertenencia de pleno derecho como colegiado en el Ilustre Colegio de Procuradores de los Tribunales de _____, y al cumplimiento de todas las obligaciones establecidas en sus Estatutos Sociales, por lo que la pérdida de la condición de colegiado dará lugar a su baja en esta póliza.
4. QUE EXTIENDE esta autorización, y mantiene su voluntad de suscribir, la póliza que, en los mismos términos de garantías, capitales y coberturas, el Colegio determine, en sustitución de ésta, con otra Entidad Aseguradora.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA COLECTIVA:

- ENTIDAD ASEGURADORA: Coverholder at LLOYD's a través de MBI Agencia de Suscripción de Riesgos.
- TOMADOR: Asociación de Seguros Colectivos ASEGURAUNIDOS
- ASEGURADO: El colegiado.
- ACTIVIDAD ASEGURADA: Responsabilidad Civil Profesional de Procurador de los Tribunales
- ÁMBITO TERRITORIAL: España, Andorra y la Unión Europea
- ÁMBITO TEMPORAL:
 - o RC Profesional: Claims-made
 - o RC General y Patronal: Occurrence
- FECHA RETROACTIVA (CLAIMS-MADE): Ilimitada
- GARANTÍAS Y LÍMITES
 - Responsabilidad Civil Profesional: 1.000.000/1.500.000 € por siniestro y por año
 - Pérdida de Documentos: 180.000 € por siniestro y por año
 - Inhabilitación: 1.800 € por asegurado y mes, máximo 12 meses
 - Responsabilidad Civil General: 1.000.000 €
 - Responsabilidad Civil Patronal: Incluida
 - Sublímite por Víctima : 150.000 €
 - Gastos de defensa y fianzas: Incluidos
 - Pérdida de Documentos: 180.000 €
 - Reclamación a contrarios: 30.000 €
 - Responsabilidad Civil Profesional de Protección de Datos: 70.000 €
 - Agregado anual: 6.000.000 € por año
- FRANQUICIAS:
 - o Pérdida de documentos: 15% del valor del documento.
 - o Protección de Datos 15% importe reclamado. La compañía se reserva el derecho de modificar la franquicia en función del historial y siniestralidad del asegurado.
- COSTE DEL SEGURO POR ASEGURADO ACTIVO PARA EL PERIODO 31/12/2023 – 31/12/2024: 1.000.000€ P.T. 210,69€.
- COSTE DEL SEGURO POR ASEGURADO ACTIVO PARA EL PERIODO 31/12/2023 – 31/12/2024: 1.500.000€ P.T. 235,35€.



**SOLICITUD DE ADHESIÓN A PÓLIZA
COLECTIVA ANUALIDAD 2024**



Datos del Declarante y Asegurado

Nombre Apellidos
N.I.F. Email.
Domicilio de la actividad
Localidad..... C.P. Provincia
Teléfono
Fecha de alta solicitada en la póliza/...../.....

El firmante autoriza, en documento SEPA anexo, la domiciliación de los recibos correspondientes a la cuota de seguro cuya adhesión suscribe con este documento, así como las siguientes renovaciones, hasta la anulación de dicha póliza o de aquella que la sustituyera.

DE MANERA EXPLICITA, EL ABAJO FIRMANTE AUTORIZA A BMS MEDIACION IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.L.U. A REALIZAR LAS CONSULTAS NECESARIAS CON EL FIN DE CORROBORAR LA INFORMACIÓN DE SINIESTRALIDAD FACILITADA, Y ASÍMISMO AUTORIZA A SU ANTERIOR ENTIDAD ASEGURADORA A FACILITAR DICHA INFORMACIÓN A LA CORREDURÍA.
(Indicar nombre anterior entidad aseguradora)

Y para que conste, suscribo esta SOLICITUD DE ADHESIÓN A PÓLIZA COLECTIVA con la modalidad siguiente

PROCURADOR EJERCIENTE: PROCURADOR NO EJERCIENTE:

..... a de de

FIRMA DEL DECLARANTE / ASEGURADO

Política de Privacidad de BMS Mediación Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.L.U.

- De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales de 3/2018, de 5 de diciembre y sus reglamentos de desarrollo, BMS Mediación Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.L.U. Le informa que los datos de carácter personal que nos suministre quedarán incorporados a nuestros ficheros con la finalidad de prestar y ofrecer nuestros servicios de mediación en la contratación de seguros, así como, el asesoramiento independiente, profesional e imparcial en la contratación de seguros. Sus datos personales igualmente serán utilizados para la gestión contable y administrativa de nuestra empresa.
- Su información será cancelada una vez resuelto el contrato de seguro para el que nos contrató, a excepción de sus datos identificativos y de contacto, así como el historial de pólizas y servicios que nos haya contratado, que serán utilizados además, para el envío de información y ofertas relacionadas con la contratación de seguros, productos o servicios financieros, servicios de asesoramiento jurídico, laboral, fiscal y contable, así como productos y servicios relacionados con la automoción y mantenimiento del hogar.
 SI / NO, deseo recibir por medios electrónicos información y ofertas relativas a productos y servicios financieros, asesoramiento jurídico, laboral, fiscal y contable, así como productos y servicios relacionados con la automoción y mantenimiento del hogar.
- Los datos de carácter personal que nos suministre serán cedidos en los siguientes supuestos:
 - A las compañías de seguros y reaseguros necesarias para el desarrollo de nuestras funciones de mediación, asesoramiento y asistencia en la contratación y tramitación de los seguros que nos solicite.
 - A Asociación de Seguros Colectivos ASEGURAUNIDOS (Maestro Solano 13, 2 2ºD. Málaga), como tomador del seguro y como requisito necesario para proceder a la adhesión a l contrato de seguro objeto de esta solicitud de adhesión.
 - Igualmente, deseamos informarle que como consecuencia de nuestra estructura empresarial, sus datos personales, podrán ser igualmente cedidos a la entidad Grupo Milenio Corredores de Seguros Asociados S.L. (C/ San Vicente Ferrer no 8 bjo 18005 de Granada) para el desarrollo y cumplimiento de los mismos usos y finalidades para los que han sido recogidos sus datos personales.
- Si desea revocar el consentimiento para la cesión de sus datos personales o ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, podrá realizarlos mediante comunicación escrita acompañada de fotocopia del DNI, dirigido al responsable legal del fichero: BMS Mediación Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.L.U. Paseo de la Castellana 28, entreplanta, 28046 Madrid, España, o enviando su solicitud por correo electrónico a protecciondatos@bmsgroup.com. Le recordamos que si durante la prestación de nuestros servicios de mediación y/o asesoramiento en la contratación de seguros, debiera facilitarnos datos de carácter personal pertenecientes a terceros (asegurados, beneficiarios, etc) asume el compromiso expreso de informarles del contenido íntegro de esta cláusula.
- Le recordamos que toda la información requerida es obligatoria, debiendo facilitarnos datos veraces y actualizados, la omisión, falsedad o inexactitud de la información facilitada podría conllevar la imposibilidad de prestar u ofrecer el servicio solicitado. Además, si durante la prestación de nuestros servicios de mediación y/o asesoramiento en la contratación de seguros, debiera facilitarnos datos de carácter personal pertenecientes a terceros (asegurados, beneficiarios etc) asume el compromiso expreso de informarles del contenido íntegro de esta cláusula.

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE PROCURADORES DEL COLEGIO DE PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES

Nombre Apellidos

N.I.F.

Número de empleados que tiene a su cargo

Facturación declarada en el último año €

¿Ha estado asegurado anteriormente? ¿Hasta que fecha?/...../.....

Indicar entidad aseguradora:

Número de reclamaciones y siniestros declarados en los últimos 5 años:

Importe de las reclamaciones y siniestros declarados en los últimos 5 años €

¿Tiene usted conocimiento o sospecha de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente puedan dar lugar a una reclamación?

EXPERIENCIA SINIESTRAL

Información sobre los siniestros o reclamaciones de los últimos 5 años

Fecha reclamación	Reclamante	Naturaleza/Motivo	Importe
			€
			€
			€
			€
			€
			€

Modalidad elegida PROCURADOR EJERCIENTE PROCURADOR NO EJERCIENTE

Fecha de alta solicitada en la póliza/...../.....

El declarante y/o persona que desea asegurar manifiestan que las declaraciones contenidas en esta Solicitud que ha de servir como base final para la valoración del riesgo por el Asegurador, son en un todo EXACTAS y VERACES y conocen que su omisión o falta de veracidad puede dar lugar a la pérdida de la cobertura y a la anulación del contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley. Igualmente manifiesta que tiene conocimiento que esta información puede modificar al alza la prima y las franquicias definitivas establecidas en las CONDICIONES de la póliza, anteriormente expuestas.

Así mismo, el Declarante y/o la persona que desea asegurar manifiesta que ha sido informado de las coberturas, límites y exclusiones del seguro y declara CONOCER Y ACEPTAR específicamente, una vez examinadas, las cláusulas LIMITATIVAS y/o EXCLUYENTES contenidas en las Condiciones Generales.

Firma del Asegurado

Fecha de firma del cuestionario:



**SOLICITUD DE ADHESIÓN A SEGUNDA
CAPA DE AMPLIACIÓN EN
RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL DE PROCURADORES
ANUALIDAD 2023**



El abajo firmante, D./D^a. _____ con DNI _____, en su propio nombre y personal derecho, perteneciente al Ilustre Colegio de Procuradores de los Tribunales de _____ con número de colegiado _____,

MANIFIESTA SU VOLUNTAD EXPRESA DE ADHERIRSE A LA AMPLIACIÓN DE SUMA ASEGURADA EN PÓLIZA COLECTIVA, CON LAS CONDICIONES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN, AUTORIZANDO A LA ASOCIACIÓN DE SEGUROS COLECTIVOS ASEGURAUNIDOS A NEGOCIAR DIRECTAMENTE LA FORMALIZACIÓN CON LA ENTIDAD ASEGURADORA, ASÍ COMO DESIGNAR A BMS MEDIACION IBERIA CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.L.U. COMO MEDIADOR RESPECTO DE LOS RIESGOS DESCRITOS.

Que conoce expresamente que su condición de ASEGURADO en esta segunda capa está vinculado a su condición de asegurado en la póliza básica de Responsabilidad Civil Profesional de Procurador, y que actúa en exceso de la misma, sólo respondiendo en siniestros que superen 1.500.000€ y hasta un máximo de 2.000.000/3.000.000€.

CONDICIONES DE LA PÓLIZA COLECTIVA:

- ENTIDAD ASEGURADORA: Millennium a través de OM Agencia de Suscripción de Riesgos.
- TOMADOR: Asociación de Seguros Colectivos ASEGURAUNIDOS
- ASEGURADO: El colegiado.
- ACTIVIDAD ASEGURADA: Responsabilidad Civil Profesional de Procurador de los Tribunales
- ÁMBITO TERRITORIAL: España, Andorra y la Unión Europea
- FECHA RETROACTIVA (CLAIMS-MADE): Ilimitada
- GARANTÍAS Y LÍMITES
 - Responsabilidad Civil Profesional y General: 500.000/1.500.000 € en exceso de 1.500.000 € de póliza básica
 - Responsabilidad Civil Patronal: Incluida en los mismos términos.
 - Sublímite por Víctima : 150.000 €
 - Agregado anual: 3.000.000€ por año
- COSTE DEL SEGURO DE AMPLIACION A 500.000 € PARA EL PERIODO 31/12/2023 – 31/12/2024: P.T. 57,16€
- COSTE DEL SEGURO DE AMPLIACION A 1.500.000 € PARA EL PERIODO 31/12/2023 – 31/12/2024: P.T. 120,03€

Datos del Declarante y Asegurado

Nombre Apellidos
N.I.F. Email.
Domicilio de la actividad
Localidad..... C.P. Provincia
Teléfono
Fecha de alta solicitada en la póliza/...../.....

El firmante autoriza, en documento SEPA anexo, la domiciliación de los recibos correspondientes a la cuota de seguro cuya adhesión suscribe con este documento, así como las siguientes renovaciones, hasta la anulación de dicha póliza o de aquella que la sustituyera.

Y para que conste, suscribo esta SOLICITUD DE ADHESIÓN A AMPLIACIÓN DE PÓLIZA COLECTIVA

En a de..... de.....

FIRMA DEL DECLARANTE / ASEGURADO

Certificado de no siniestralidad

NOMBRE DEL TOMADOR:

D. _____ con NIF: _____, y
domicilio en _____

DECLARA:

Por medio de la presente que no ha sufrido ni tiene conocimiento de algún hecho que pueda dar lugar a reclamación alguna a día de hoy.

Lo que se hace constar a los efectos oportunos,

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo.

FIRMADO Y SELLADO POR EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Ref: SEPAU

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a la **ASOCIACION DE SEGUROS COLECTIVOS ASEGURAUNIDOS** a enviar instrucciones a su entidad para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de **ASOCIACION DE SEGUROS COLECTIVOS ASEGURAUNIDOS**. Como parte de sus derechos, usted 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. Los avisos de cobro serán enviados al acreedor al menos con un día de antelación a la fecha de cobro.

By signing this mandate form, you authorise **ASOCIACION DE SEGUROS COLECTIVOS ASEGURAUNIDOS** to send instructions to your bank to debit your account, and to your bank to debit your account in accordance with the instructions sent from **ASOCIACION DE SEGUROS COLECTIVOS ASEGURAUNIDOS**. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Collection notices will be sent to the customer at least one day prior to the date of recovery.

Ciente / Customer

Nombre del deudor(es) / Name of debtor(s)

Dirección / Address

Calle y número / Street name and number

ESPAÑA

Código postal / Postal code

Ciudad / City

País / Country

Persona en cuyo nombre se realiza el pago / Person on whose behalf payment is made

Número de cuenta/ Account number

ES - - - -

Número de cuenta IBAN – IBAN account number

SWIFT BIC

Acreedor / Creditor

ASOCIACION DE SEGUROS COLECTIVOS (ASEGURAUNIDOS)

Nombre del acreedor / Creditor's name

G-93419547

Identificador del acreedor

CL MAESTRO SOLANO Nº13

Nombre de la calle y número / Street name and number

29018

MALAGA

España

Código postal / Postal code

Ciudad / City

País / Country

Tipo de pago

PAGO RECURRENTE

Tipo de pago / Payment type

Localidad / Location

MALAGA

Tipo de pago / Payment type

Fecha / Date

Firma / Sign

Nota: En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in statement that you can obtain from your bank.