



A través del presente documento el **Colegiado manifiesta su deseo de suscribir el seguro de Responsabilidad Civil Profesional** que el **Consejo Superior de Colegios Oficiales de Ingenieros de Minas** tiene negociado a través de **ALKORA EBS Correduría de Seguros y Reaseguros**, con la aseguradora **MAPFRE ESPAÑA** Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.

Destacamos las principales características de este seguro debiendo estar 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.

- ✓ **Asegurados:** Ingenieros de Minas pertenecientes a los Colegios integrantes del Consejo Superior de Colegios Oficiales de Ingenieros de Minas. Sociedades monodisciplinares y multidisciplinarias cualquiera que sea su forma jurídica en los términos indicados en la póliza. Se considerará **asegurado inactivo** a aquel colegiado asegurado que haya causado baja en el ejercicio de la actividad de ingeniero de minas. Su cobertura será gratuita con el límite que tuviera contratado en el momento del cese, siempre y cuando lo comunique al Consejo Superior tomador del seguro y formalice su adhesión a esta modalidad.
- ✓ **Coberturas:** Responsabilidad Civil Profesional, Responsabilidad Civil de Accidentes de trabajo, Responsabilidad Civil de explotación, Infidelidad de empleados, protección de datos, etc.
- ✓ Distintas opciones de **Límite** por siniestro y doble por agregado anual por asegurado: desde 225.000 € hasta 1.350.000€.
- ✓ **Delimitación temporal:** Reclamaciones durante la vigencia de la póliza con **retroactividad ilimitada**.
- ✓ **Ámbito geográfico:** Mundial excepto USA y Canadá.
- ✓ **Franquicia:** 300 € por reclamación.

EN CASO DE ESTAR INTERESADO EN SUSCRIBIR EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR FAVOR CUMPLIMENTE LOS DATOS QUE SE SOLICITAN A CONTINUACIÓN Y ENVÍELO AL E-mail: minas@iies.es o AL E-mail: consejo@ingenierosdeminas.org

Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el Tel. 91.781.95.45

OPCIONES	Límite por siniestro (doble por anualidad)	Grupo 1 LIBRE EJERCIENTE (Prima Bruta Anual)	Grupo 2 ASALARIADO / EMPLEADO PÚBLICO (Prima Bruta Anual)
A	225.000 € por siniestro y 450.000 € por año	896,98 €	443,96 €
B	400.000 € por siniestro y 800.000 € por año	1.223,16 €	605,40 €
C	600.000 € por siniestro y 1.200.000 € por año	1.397,89 €	691,89 €
D	750.000 € por siniestro y 1.500.000 € por año	1.699,70 €	864,86 €
E	1.100.000 € por siniestro y 2.200.000 € por año	2.266,27 €	1.153,13 €
F	1.350.000 € por siniestro y 2.700.000 € por año	2.832,93 €	1.441,43 €
G	Inactivo con póliza anterior	Gratuito	

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 PERSONALES

Nombre: _____ Apellidos: _____ NIF: _____
 Nº Colegiado: _____ Teléfono: _____ Email: _____
 Dirección: _____ Población: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

DATOS BANCARIOS

Titular: _____ Teléfono: _____ Email: _____
 Domiciliación bancaria (IBAN): ES _____ - _____ - _____ - _____
Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. a enviar instrucciones a la entidad bancaria del deudor para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, 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>