HISCOX

Correduría de Seguros S.L.
GLOBALBROK
Especialistas en planificación financiera y previsión complementaria

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA ASOCIACION DE TECNICOS SUPERIORES DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ATASS)

1. ASEGURADO

Nombre y Apellidos:	
N.I.F.:	
Domicilio social:	
Localidad y Provincia:	CP:
Telf. Móvil:	Mail:

2. OPCIONES DE COBERTURA

Diferentes tramos de capital asegurado:

Capitales asegurados a elección de los asociados que se adhieran a la póliza de responsabilidad civil de la Asociación de Técnicos Superiores de la Seguridad Social. La prima será abonada por el Tomador del Seguro.

Capital asegurado	Prima Total Anual	Marque su opción
300.000.- €	**44.- €**	☐
450.000.-€	**81.-€**	☐
600.000.-€	**98.-€**	☐
1.000.000.-€	**130.-€**	☐
1.200.000.-€	**143.-€**	☐

Para las altas que se produzcan durante la vigencia del contrato, se percibirá el porcentaje de prima en función del trimestre en que se efectúe el alta, en base al siguiente detalle:

Trimestre de Alta	Porcentaje de Prima
Primer trimestre	100%
Segundo trimestre	75%
Tercer trimestre	50%
Cuarto trimestre	25%

3. OBJETO DEL SEGURO

Quedan cubiertos los daños patrimoniales primarios que puedan derivarse de los errores profesionales en los que pueda incurrir el Asegurado en el ejercicio de la actividad de dirección, supervisión y gestión como Técnico de la Seguridad Social, tal y como dicha profesión venga regulada en las disposiciones legales o reglamentarias que lo determinen. Quedan cubiertas la realización de actividades de dirección, gerencia, asesoramiento y estudio en relación con las distintas políticas públicas desarrolladas por las diferentes administraciones públicas.

4. GARANTIAS

- ✓ Se contempla en esta póliza la **retroactividad ilimitada** para actos profesionales realizados antes de la entrada en vigor de la póliza y cuya reclamación al asegurado se produzca estando en vigor la póliza; criterio "claims made" (siniestro = reclamación).
- ✓ **Inhabilitación Profesional:** un máximo de 2.500.- € mensuales por 12 meses.
- ✓ **Gastos de Publicidad:** 60.000 € por Asociado
- ✓ **Responsabilidad Civil derivada del incumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)** hasta 60.000.-€ por siniestro y año de seguro.
- ✓ **Daños a Expedientes** hasta 60.000.-€ por siniestro y año de seguro.
- ✓ **Defensa Civil y Penal** por Abogados privados y Procuradores designados por Hiscox España, la constitución de Fianzas, la defensa contra reclamaciones infundadas y el pago de las costas y gastos judiciales o extrajudiciales.
- ✓ **Gastos de asistencia psicológica**, en caso de siniestro: hasta 30.000€ por relación/año
- ✓ **Gastos de asistencia a juicio**: una compensación para cada uno de los días durante los cuales la asistencia al juicio se requiera
- ✓ **Franquicia** para la cobertura de RC Profesional**:** 200€
- ✓ **Límite agregado anual** para el total colectivo en todas las opciones: 5.000.000€.
- ✓ **Ámbito geográfico:** todo el mundo excepto USA y Canadá.

5. DECLARACIÓN

El solicitante declara que lo escrito en esta solicitud es del todo verdad. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forman las bases de un contrato de seguro efectuado entre Hiscox España, y el mismo. El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a Hiscox España de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

Fdo._____

En_____ **a**_____ **de**_____ **de 2.02**_

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que Hiscox España, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable Hiscox España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por Hiscox 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 Hiscox España, Calle de Miguel Ángel, 11, 4ª planta, 28010 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 Asegurado/Tomador facilite a Hiscox España información relativa a los Asegurados o Perjudicados, el Asegurado/Tomador, manifiestan que todos esos datos que comunique al Asegurado han sido facilitados por éstos; y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Asegurado/Tomador al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

Correduría de Seguros S.L.
GLOBALBROK
Especialistas en planificación financiera y previsión complementaria

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor : ES18000B63585798
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor´s name
GLOBALBROK, CORREDURIA DE SEGUROS SL

Dirección / Address
GRAN VIA DE LES CORTS CATALANES 628, 5 2

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town
08007

País / Country
ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. 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 eigth weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor /Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) ***/ Swift BIC (up to 8 or 11 characters)***

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

E S

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: ***Type of payment***
☒ ***Pago recurrente*** ***Recurrent payment*** ***o*** ***or*** ☐ ***Pago único*** ***One-off payment***

Fecha – Localidad: _____
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: _____
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.