

BOLETÍN DE SOLICITUD A LA PÓLIZA COLECTIVA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CON TOMADOR EL INSTITUTO DE CENSORES JURADOS DE CUENTAS DE ESPAÑA PARA AUDITORES INDIVIDUALES Y SOCIEDADES UNIPERSONALES.

Solicitud de Alta

Solicitud de Baja

Modificación

Motivo:

NOMBRE:

NIF:

DOMICILIO:

POBLACIÓN: C.P: PROVINCIA:

TELÉFONO: E-MAIL: FAX:

FACTURACIÓN:

*SUMA ASEGURADA: 300.000 + 200.000 para cubrir exigencias legales.

En el caso de que la Facturación exceda de 1.000.000 € deberán ponerse en contacto con ADARTIA.

*Para garantizar las coberturas y primas de esta póliza, es imprescindible ser miembro del Instituto de Censores Jurados de Cuentas de España.

*El presente boletín no supone cobertura alguna, hasta que la Compañía Aseguradora acepte el riesgo y emita el correspondiente certificado.

***El Solicitante, como titular de tales datos, autoriza la incorporación de sus datos a un fichero automatizado propiedad de Adartia Global, Correduría de Seguros. Autoriza también a ésta al tratamiento automatizado de sus datos personales con la finalidad de valorar y determinar el riesgo asegurado y la gestión de la póliza que se suscriba, así como la prestación, mantenimiento, administración, ampliación, mejora y estudio de los servicios en los que usted decida darse de alta, contratar o solicitar información, y para dirigirle información sobre ofertas comerciales de Adartia. En cualquier caso, Adartia garantiza la confidencialidad y el tratamiento seguro de los datos personales facilitados de conformidad con la vigente normativa sobre protección de datos. El solicitante podrá ejercer los derechos de información, acceso, rectificación, cancelación y oposición en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre dirigiéndose a Adartia Global, Correduría de Seguros, calle Goya nº 15, 3º 28001 Madrid."

Rogamos autoricen a la firma ADARTIA Correduría de Seguros, S.A., el cobro de los recibos que sean presentados contra nuestra cuenta, que figura al pie de la presente, para las coberturas del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional.

C.C.C

Cod Banco

Cod. Agencia

d.c

Número de cuenta Bancaria

TITULAR CUENTA:

FECHA:

FIRMA AUTORIZADA: