

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 **ALKORA EBS Correduría de Seguros y Reaseguros** con la compañía **MAPFRE ESPAÑA** 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, Ingenieros Civiles e Ingenieros habilitados para el ejercicio de la profesión de Ingeniero Técnico de Obras Públicas.
- **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.**

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: consejo@citop.es
Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el **Tel. 91.451.69.20** o consejo@citop.es

MODALIDADES	COSTE TOTAL ANUAL (Incluidos impuestos)
A – FUNCIONARIOS EN EXCESO DE LA PÓLIZA DE LA ADMINISTRACIÓN Y/O LOS TECNICOS DE LAS ADMINISTRACIONES PUBLICAS	74,23 € <input type="checkbox"/>
B – FUNCIONARIOS Y/O TECNICOS DE ADMINISTRACIONES PUBLICAS Y/O ASALARIADOS	212,81 € <input type="checkbox"/>
C – FUNCIONARIOS Y/O TECNICOS DE ADMINISTRACIONES PUBLICAS Y/O ASALARIADOS Y/O EJERCICIO LIBRE	286,90 € <input type="checkbox"/>
D – EJERCICIO LIBRE	362,84 € <input type="checkbox"/>
E – EJERCICIO LIBRE SINGULAR CON LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN DE 30.000 € POR ASEGURADO/SINIESTRO/AÑO (*)	51,91 € <input type="checkbox"/>
COLEGIADOS CITOP CON TITULACIÓN EN ING. CAMINOS POR TRABAJOS VISADOS EN CITOP Y FIRMADOS COMO ING. CAMINOS (**)	Incremento de 203,77 € sobre la modalidad seleccionada <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Límite Asegurado 4.500.000 € (para modalidades A, B, C y D) con Prima adicional 118,97 € para cualquier modalidad	

* **NO SE INCLUYEN** las actividades de redacción de Proyectos, Direcciones de Obra y Coordinaciones de Seguridad y Salud y otras relativas a trabajos en obras

** 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.

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: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Nº Colegiado: _____ Teléfono: _____ Email: _____
Dirección: _____ Población: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

DATOS BANCARIOS

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA: Autorizo al Colegio de Ingenieros Técnicos de Obras Públicas con CIF Q2867010G, y código de emisor ES08 0081 0569 85 0002622368 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.

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.

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>