

**SOLICITUD DE SEGURO 2ª CAPAS ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DEL SEÑORÍO DE VIZCAYA.**

**O.D.S Noviembre 2010-Noviembre 2011**  
**O.D.S. CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.**  
**Plaza del Ensanche, 7 1º izda.**  
**48009-Bilbao Fax: 94 424 51 19** ([info@odscorreduria.com](mailto:info@odscorreduria.com))

**1. TOMADOR / ASEGURADO:**

Nombre y Apellidos:	
N.I.F.:	E-mail:
Domicilio social:	
Localidad y Provincia:	CP:

**2. RECLAMACIONES ANTERIORES:**

¿Ha sufrido en los últimos cinco años alguna reclamación profesional? SI  NO   
 En caso afirmativo, indicar: Fecha, causa, nombre del reclamante, así como el coste económico que tuvo, si lo conociese:

¿Conoce algún supuesto o hecho realizado durante los últimos años por el que pudiera sufrir una reclamación?

SI  NO

En caso afirmativo, detalle las circunstancias: (Si fuese necesario rogamos adjunten hoja a parte explicativa)

**3. SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES:**

¿Ha tenido alguna póliza que cubra los mismos riesgos o similares, contratada a través de algún Colegio, Asociación o similar?

SI  NO

En caso afirmativo, indicar: (Si fuese necesario rogamos adjunten hoja a parte explicativa)

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

**4. OPCIONES DE COBERTURA**

Capital Asegurado Garantía complementaria	Capital Asegurado Abogacia.	Capital Asegurado Administrador Concursal.	Prima Total	Marque su opción
<b>250.000.-€</b> en exceso de 380.000 € tanto para la actividad de abogacía como Administrador Concursal.	<b>630.000.-€</b>	<b>630.000.-€</b>	<b>75,59.-€</b>	
<b>400.000.-€</b> en exceso de 380.000 € tanto para la actividad de abogacía como Administrador Concursal.	<b>780.000.- €</b>	<b>780.000.- €</b>	<b>102,92.-€</b>	
<b>850.000.-€</b> en exceso de 380.000 € para la actividad de abogacía y <b>400.000.-€</b> en exceso de 380.000 € para la actividad de Administrador Concursal.	<b>1.230.000.- €</b>	<b>780.000.- €</b>	<b>139,09.-€</b>	
<b>1.150.000.-€</b> en exceso de 380.000.-€ para la actividad de abogacía y <b>400.000.-€</b> en exceso de 380.000 € para la actividad de Administrador Concursal.	<b>1.530.000.-€</b>	<b>780.000.- €</b>	<b>168,93.-€</b>	

**5. DOMICILIACIÓN BANCARIA:**

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta (10 Dígitos)

**6. 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 WR Berkley España, y el mismo. El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a WR Berkley 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 2.01\_

**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Se informa al interesado que WR Berkley España, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es responsable WR Berkley España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por WR Berkley 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 WR Berkley España, Pso. De la Castellana, 149, 6ª planta, Edificio Gorbea 2, 28046 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 WR Berkley España información relativa a los Asegurados o Perjudicados, el Asegurado/Tomador, manifiestan que todos esos datos que comuniquen 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.

**SEDE SOCIAL:** Paseo de la Castellana, 149 - 28046 Madrid - Tel +34 91 449 26 46 - Fax +34 91 449 26 99

**OFICINA:** Paseo de Gracia, 11 - 08007 Barcelona -Tel +34 93 481 47 29 - Fax +34 93 481 47 37