

El Colegio de Abogados de Huesca ha contratado una póliza de responsabilidad civil profesional hasta 180.000 euros de capital asegurado para todos los abogados colegiados ejercientes residentes

PARA AMPLIAR ESTE CAPITAL CUMPLIMENTA ESTA PROPUESTA

Si, deseo contratar a través de AON SERVICES, Correduría de Seguros, la cobertura complementaria de seguro examinada y acordada por el **ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE HUESCA** para garantizar la Responsabilidad Civil Profesional que legalmente pudiera atribuírseme en el libre ejercicio de la Abogacía.

Don/Doña _____ NIF _____

Colegiado nº _____ Telf. _____ Fax _____ E-mail _____

Domicilio _____

Población _____ D.P. _____ Fecha Nacimiento _____

Tenía póliza anteriormente contratada SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo: Compañía: _____ Capital Asegurado: _____ Nº Pol _____

Existe la posibilidad de contratar **cobertura hasta 1.500.000 Euros con la Compañía de Seguros HCC EUROPE**, de acuerdo a los excesos que se detallan sobre la póliza colegial suscrita con la misma Compañía.

GARANTIAS (señale con una X):

PRIMA TOTAL ANUAL

1/07/04 a 1/07/05

1/07/05 a 1/07/06

B-2- () 150.300 Euros en exceso de 180.000 Euros 139,40 Euros 153, 34 euros

B-3- () 450.700 Euros en exceso de 180.000 Euros 174,23 Euros 191,65 euros

B-4- () 1.320.000 Euros en exceso de 180.000 Euros 313,65 Euros 345, 01 euros

B-5 () 2.000.000 Euros en exceso de 1.500.000 Euros 531,50 Euros

Si estás interesado en suscribir la opción B-5 para alcanzar los 3.500.000 Euros, asegurados por Lloyd's a través de DUAL INTERNACIONAL Ltd. Agencia de Suscripción, cumplimenta los datos que figuran al reverso de esta solicitud.

Para contratar la opción B-5 hay que contratar previamente la B-4, por lo que la prima, de 1/07/04 a 1/07/05, para llegar a 3.500.000 euros es de 845,15 Euros (313,65 Euros de la B-4 más 531,50 Euros de la B-5).

Si deseas aumentar el capital asegurado de 120.000 euros para siniestros derivados de la nueva ley concursal, por favor, llámanos

Para contratar estas ampliaciones o cualquier información contacte con la Correduría Aon Services en el **902 – 157 874**.

IMPRESO DE DOMICILIACION BANCARIA (Condición obligatoria)

Ruego se sirvan pagar con cargo a mi cuenta corriente los recibos que les sean presentados por Aon Services, Correduría de Seguros, SA

TOMADOR DE LA POLIZA:

TITULAR DE LA CUENTA (si es distinto):

NOMBRE DEL BANCO:

Nº CUENTA:

CLAVE BANCO

CLAVE AGENCIA

D.C.

CLAVE CUENTA

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

El seguro tomará efecto a las veinticuatro horas del día en que tenga entrada en la Compañía de seguros el presente Boletín de Adhesión que deberá enviar a AON SERVICES CORREDURIA DE SEGUROS, S.A., C/ Mejía Lequerica, 8 / 28004-MADRID, Tel. 902.157.874, Fax: 902.19.66.06 a la atención del Dpto. de Colegios Profesionales.

Se informa al interesado de que sus datos de carácter personal, incluyendo los datos del presente formulario y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, serán incluidos en un fichero de datos del que es responsable Houston Casualty Company Europe, S.A. El Asegurado/Tomador deberá completar todos los campos del formulario con información veraz, completa y actualizada. En caso contrario, Houston Casualty Company Europe, S.A. podrá proceder a rechazar la solicitud de suscripción de la póliza. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el envío de información por Houston Casualty Company Europe S.A. sobre productos y servicios propios. 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 Houston Casualty Company Europe S.A., Plaza Carlos Trías Bertrán, 7, 28020 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

Tomador o el Asegurado facilite a Houston Casualty Company Europe S.A. información relativa a los Asegurados o a los Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiesta que todos los datos de los Asegurados o de los Perjudicados que comunique al Asegurador han sido facilitados por éstos, y que los Asegurados o Perjudicados han prestado su consentimiento para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.

En _____, a _____ de _____ de 2.0__ Firma solicitante: _____