

**SOLICITUD DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
GRADUADOS SOCIALES****TOMADOR / ASEGURADO**

Nombre / Razón Social:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
C.I.F./NIF.:	Domicilio Social:
Localidad y Provincia:	CP:
Teléfono:	Fax:
E-mail:	Página Web: www.

INFORMACIÓN DE LOS SOCIOS Y EMPLEADOS:

Nº DE SOCIOS TOTAL:

Nº DE SOCIOS GRADUADOS SOCIALES COLEGIADOS:

Nº EMPLEADOS (Incluidos Socios detallados más arriba):

Desglose datos Socios/Gerentes/Directivos/Titulados:

Nombre y apellidos	Cargo	Titulación Académica	Año de Obtención del Título	Especialidad

¿En caso de ser persona física indicar el Colegio Profesional o Asociación está inscrito?

ACTIVIDAD PROFESIONAL y ECONOMICA

Volumen de facturación anual	Actividades	Ejercicio en curso 201_	Estimación del próximo ejercicio 201_
Asesoría laboral			
Asesoría fiscal			
Asesoría contable			
Administración de Fincas			
Gestoría Administrativa			
Otros: (Detallar)			

RECLAMACIONES ANTERIORES Y L.O.P.D.

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

SI NO ¿Ha recibido alguna reclamación, denuncia o inspección en materia de protección de datos? SI NO

En caso afirmativo, indicar causas y estado de la/s misma/s y, en su caso, importe de la sanción impuesta _____

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco / Caja :									
Entidad		Oficina		D.C.		Nº de Cuenta (10 Dígitos)			

FECHA DE EFECTO PÓLIZA: _____

FORMA DE PAGO:

ANUAL

SEMESTRAL

SEGUROS VIGENTES Y ANTERIORES

Período	Cía. Aseguradora	Límite asegurado	Prima Neta	Franquicia	Fecha vencimiento

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter Personal, GLOBALFINANZ GESTIÓN CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L. domiciliado en **la calle Núñez de Balboa 114, 3º, Ofic.18, 28006** de Madrid, le informa que los datos que nos ha proporcionado formarán parte de un fichero de datos de carácter personal, responsabilidad de dicha entidad, con la finalidad de gestionar su solicitud y, en su caso, remitirle información comercial y publicitaria sobre nuestros productos y servicios referidos al ámbito de los seguros a través de cualquier medio, incluidos los electrónicos. Si no autoriza el tratamiento de sus datos con esta última finalidad le rogamos nos lo comuniquen en el plazo de 30 días.

En este sentido, autoriza expresamente a Globalfinanz, Consultoría de Riesgos y Correduría de Seguros, y al Colegio de Graduados Sociales correspondiente, el tratamiento de los datos de carácter personal que pudieran ser recabados durante la gestión de su solicitud, con la finalidad de gestionarla.

Para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación reconocidos por la legislación vigente, dirija una comunicación a la dirección indicada anteriormente a los referidos efectos, adjuntando copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativo equivalente.

Informado y conforme con lo expuesto, con la siguiente firma se concede a Globalfinanz el consentimiento expreso.

En caso de persona física en nombre propio:

Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

En caso de persona jurídica en representación de:

Razón Social: _____

CIF: _____

Fecha