



Boletín de adhesión a la cobertura complementaria de Responsabilidad Civil Profesional en exceso de la póliza suscrita por el **Ilustre Colegio de Abogados de Málaga**, a través de la correduría de seguros Alkora.

DATOS PERSONALES

Tomador del seguro: _____ NIF/CIF: _____

Domicilio: _____ C. P.: _____ Población: _____

Teléfono: _____ Email: _____ Nº Colegiado: _____

OPCIONES DE AMPLIACIÓN EN EXCESO DE 1.000.000 € (seleccione la opción elegida):

Límite en exceso de 1.000.000 €	Límite total	PRIMA TOTAL (Incluidos impuestos)	
500.000 €	1.500.000 €	217,38 €	
1.000.000 €	2.000.000 €	286,60 €	
1.500.000 €	2.500.000 €	391,50 €	
2.500.000 €	3.500.000 €	620,78 €	

▪ ¿Tiene conocimiento de reclamación alguna que haya sido efectuada en los 3 últimos años contra usted o su sociedad o cualquiera de sus socios, directivos o gerentes pasados o actuales? SI NO

▪ ¿Tiene conocimiento de circunstancia alguna que pueda dar lugar a una reclamación contra usted o contra su sociedad o cualquiera de sus socios, directivos o gerentes pasados o actuales? SI NO

En caso de alguna respuesta anterior afirmativa, remitiremos este boletín a la compañía aseguradora para su valoración definitiva.

▪ ¿Tiene actualmente contratada una póliza de ampliación en exceso de la capa básica? SI NO

▪ Solicitamos su autorización para el envío de información Comercial sobre productos y servicios que puedan ser de su interés SI NO

DATOS BANCARIOS

Titular: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Domiciliación bancaria (IBAN): ES _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a ALKORA EBS CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. a enviar instrucciones a la entidad bancaria del deudor para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de ALKORA EBS CORREDURIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. 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 su cuenta. En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.

**EN CASO DE ESTAR INTERESADO EN SUSCRIBIR EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR FAVOR CUMPLIMIENTE LOS DATOS QUE SE SOLICITAN A CONTINUACIÓN Y ENVÍELO AL E-mail: abogados@alkora.es
Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el Tel. 91.781.95.45 o en el e-mail: abogados@alkora.es**

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.

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos. El Asegurado se compromete a informar a la Compañía de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

La solicitud de seguro deberá ser cumplimentada en su totalidad, firmada y fechada.

Fecha: _____ Firma Asegurado: _____ Firma Titular de la Cuenta: _____