

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO FUNDACION DE LOS COLEGIOS MEDICOS PARA
LA COOPERACION INTERNACIONAL
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO HUMANITARIO
NÚMERO DE PÓLIZA 165853**

DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | |
|--|---------------|-----------|----------------------|----------------|
| APELLIDOS | | NOMBRE | | N.I.F. |
| Domicilio de notificación | | | Teléfono Profesional | |
| Localidad | Código Postal | Provincia | | Teléfono Móvil |
| e-mail | | | | |
| Especialidad | | | Nº Colegiado | |
| <p>1. TIPO ACTIVIDAD</p> <p>Médico en activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/></p> | | | | |
| <p>2. MODALIDAD DE EJERCICIO</p> <p><input type="checkbox"/> Público Centro de Trabajo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mixto (*) Centro de Trabajo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Privado (*) Centro de Trabajo: _____</p> | | | | |
| <p>3. DATOS DE SU ACTUAL ASEGURADOR DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL</p> <p>Compañía: _____</p> <p><i>(*) La adhesión a la presente póliza está supeditada, para los médicos ejercientes en modalidad de ejercicio privado o mixto, a que la póliza de RC profesional del médico asegurado se encuentre en vigor durante la duración del desplazamiento</i></p> | | | | |
| <p>4. LUGAR DE DESTINO _____</p> | | | | |
| <p>5. DURACIÓN DE DEL DESPLAZAMIENTO</p> <p>Fecha inicio _____ Fecha fin _____</p> <p>(Delimitación temporal: Máximo 3 meses por año (ya sea de manera continuada o en distintos periodos <u>dentro del año de seguro</u>)</p> | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> Autorizo a la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional a ceder mis datos personales a la compañía aseguradora SHAM con la finalidad de que pueda llevar a cabo las Acciones de gestión y ejecución del contrato, así como la gestión de las reclamaciones y litigios. SHAM en calidad de Responsable de tratamiento le informa que los datos personales serán tratados de acuerdo a lo dispuesto en el RGPD y en la LOPDGDD. Los datos personales tratados son los que se facilitan en el presente documento. No se efectuará ninguna transferencia de datos fuera de la Unión Europea, excepto situación particular que lo justifique. Dispone de un derecho de acceso, rectificación o cancelación, limitación del tratamiento de datos, el derecho a definir las directrices relativas al destino de los datos después de su fallecimiento, además de cualesquiera otros derechos previstos en la normativa vigente en materia de protección de datos. Para ejercer estos derechos, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos (DPO) por correo electrónico a la dirección privacy.sham.es@relyens.eu o por correo postal a la siguiente dirección: SHAM Sucursal en España - Data Protection Officer (DPO) – Paseo de la Castellana, nº 110 28046- MADRID, justificando su identidad.</p> | | | | |

En..... a de de

Firma del Asegurado Titular

**BOLETIN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO FUNDACION DE LOS COLEGIOS MEDICOS PARA
LA COOPERACION INTERNACIONAL
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO HUMANITARIO
NÚMERO DE PÓLIZA 165853**

| | |
|---|--|
| COBERTURA CONTRATADA: | - Responsabilidad Civil Profesional: 300.000 €/siniestro y año de cobertura |
| DELIMITACIÓN TEMPORAL: | - Máximo 3 meses por año y médico asegurado (ya sea de manera continuada o en distintos periodos) |
| DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA: | - Todo el mundo excepto EEUU, Canadá y territorios asociados |
| LÍMITE AGREGADO ANUAL: 300.000 € | El límite agregado anual constituye el límite máximo de responsabilidad de la Mutua para todas las reclamaciones recibidas durante el año de seguro, independientemente del número de coberturas afectadas, siniestros, víctimas y pagos realizados por el conjunto de médicos asegurados |

Las garantías del contrato se ejercen con las exclusiones, condiciones y demás derechos contenidos en la póliza.

Dichas Condiciones se encuentran a su disposición a través de la Fundación de los Colegios Médicos para la Cooperación Internacional.

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que SHAM acepte la solicitud emitiendo el correspondiente certificado de seguro y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.

El abajo firmante reconoce como suyas las declaraciones efectuadas anteriormente, aunque no sean de su puño y letra, y sabe que las ocultaciones e inexactitudes en las respuestas podrán originar la reducción o incluso la pérdida total de las prestaciones garantizadas.

En..... a de de

Firma del Asegurado Titular

INFORMACIÓN PREVIA

De conformidad con lo dispuesto en el RDL 3/2020 que transpone la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros el Asegurador a quien se solicita cobertura manifiesta:

Que el contrato de seguro se celebrará con SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D'ASSURANCES MUTUELLES (SHAM) domiciliada en 18 Rue Edouard Rochet. 69372 Lyon Cedex 08, Francia, SHAM estando autorizada para operar en España en régimen de derecho de establecimiento a través de SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D'ASSURANCES MUTUELLES (SHAM) Sucursal en España, con NIF W0010878G, domicilio en Paseo de la Castellana 110, 28046 Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 34125, Folio 73 Sección 8, Hoja M-613805 y en el Registro administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con clave E0220, siendo el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es Francia y que, dentro de dicho Estado, la autoridad a quien corresponde dicho control es la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), domiciliada 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris, Francia. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

INSTANCIAS INTERNAS DE RECLAMACIÓN

Si usted tiene una queja contra cualquier práctica que considere inadecuada o abusiva por parte de nuestra Mutua de Seguros, podrá dirigir su reclamación al servicio de Atención al Cliente de SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D'ASSURANCES MUTUELLES (SHAM) Sucursal en España, con domicilio en el Paseo de la Castellana nº 110, 28046 Madrid, teléfono: 91 562 94 26 o a través de correo electrónico: atencionalcliente@sham.com

INSTANCIAS EXTERNAS DE RECLAMACIÓN

Si la respuesta o resolución que se le dé no es de su satisfacción, o en el plazo de dos meses usted no recibe comunicación o resolución alguna, usted podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 – Madrid.

En cualquier caso, usted puede acudir a los Tribunales de Justicia de su domicilio o proponer a la Mutua someter su disputa a Mediación o Arbitraje

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo a ceder mis datos personales a la compañía aseguradora SHAM con la finalidad de que pueda llevar a cabo las acciones de gestión y ejecución del contrato, así como la gestión de las reclamaciones y litigios. SHAM en calidad de Responsable de tratamiento le informa que los datos personales serán tratados de acuerdo a lo dispuesto en el RGPD así como en la L.O. 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Los datos personales tratados son los que se facilitan en el presente documento. No se efectuará ninguna transferencia de datos fuera de la Unión Europea, excepto situación particular que lo justifique. Dispone de un derecho de acceso, rectificación, limitación del tratamiento de datos y del derecho a definir las directrices relativas al destino de los datos después de su fallecimiento. Para ejercer estos derechos, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos (DPO) por correo electrónico a la dirección privacy.sham.es@relyens.eu o por correo postal a la siguiente dirección: SHAM Sucursal en España - Data Protection Officer (DPO) – Paseo de la Castellana, nº 110 28046- MADRID, justificando su identidad. Puede obtener más información sobre el tratamiento de datos de carácter personal del cliente por parte de Sham, y especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y otros, en la siguiente página web: <http://www.sham.es>

PREVENCIÓN DEL BLANQUEO DE CAPITAL

Tanto el Tomador del Seguro/Asegurado como la Aseguradora "SHAM, Sucursal en España" se comprometen a dar cumplimiento a las normas de prevención del blanqueo de capitales vigentes en el momento de la firma del contrato de seguro o que lo estén en el futuro, así como a entregar a la Aseguradora "SHAM, Sucursal en España" toda aquella información y/o documentación que ésta considere necesaria, con la finalidad prevista en este apartado. A este respecto, el Tomador/ Asegurado declara que el dinero que pueda confiar a la Aseguradora procede de actividad lícitas.

En _____ el día _____ de _____ de 20____.

EL TOMADOR / MUTUALISTA