|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logo_asemas  Nº Registro D.G.S. M0369 – N.I.F. V48148639. Reg. Merc. Vizcaya – Tomo 1951. Libro 1º Sec. Mutuas a Prima Fija . Folio 1º | **Seguro de Responsabilidad**  **Civil Profesional de Arquitectos**  **Secciones A y B**  **Solicitud de Incorporación** | | | | | | | ASEMAS Gran Vía, 2  48001 Bilbao  Tel.94 423 54 12  Fax.94 423 89 95  www.asemas.es |
|  | | | | | | | | |
| Solicito causar Alta en ASEMAS, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APRIMA FIJA, como socio mutualista, dentro del Ramo de Responsabilidad Civil Profesional, a cuyo efecto acompaño, debidamente cumplimentados, los documentos necesarios: (1) | | | | | | | | |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | |
| |  | | --- | | Nombre y Apellidos | |  | | LUCIA DEL MAR HERNANDEZ SANCHEZ | | | | | | | | |  | | --- | | N.I.F. | |  | | 44770826S | | |
| |  | | --- | | Domicilio | |  | | C/ CADIZ 77 1 | | | | | | | |  | | --- | | Población | |  | | VALENCIA | | | |
| |  | | --- | | Provincia | |  | | VALENCIA | | | | |  | | --- | | C.P. | |  | | 46006 | | | |  | | --- | | E-mail | |  | | lucia.h@trazia.net | | | | |
| |  | | --- | | Tfno. | |  | | 691096575 | | | |  | | --- | | Fax | |  | |  | | | |  | | --- | | Fecha obtención título académico | |  | | /    / | | | | | |
| |  | | --- | | Fecha de nacimiento | |  | | 17 / 04 / 1982 | | | | | |  | | --- | | Fecha de Colegiación: | |  | | /    / | |  | | **(Adjuntar copia del Certificado de Colegiación)** | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **CUOTAS DE INGRESO** | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | |  | 360,61 € por una sola vez | |  |  | |  | 120,20 € en tres anualidades | |  |  | |  |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Ha tenido asegurada su Responsabilidad Civil Profesional hasta la fecha de la presente solicitud | SÍ | |  |  | |  | NO | |  | | | En caso afirmativo, por favor, indique el nombre de la(s) Compañía(s) Aseguradora(s) y aporte copia de las Condiciones Particulares del último año. | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **·** | Cualquier modificación de los datos personales deberá ser comunicado a ASEMAS con la mayor prontitud posible. | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | (1) | Solicitud de Seguro. | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | Copia DNI. | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | Declaración de Incidencias. | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | Información al Tomador. | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | Declaración responsable de actividad profesional anterior de construcción y de no construcción. | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | Domiciliación bancaria. | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | 2 ejemplares de Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Arquitectos firmadas  por el Solicitante y el Tomador de la Póliza. | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | En | VALENCIA | a | 26 | de | JUNIO | de | 2020 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | El Solicitante, | | | | | | | | | Si el solicitante es una persona jurídica, el firmante declara actuar con poder suficiente para la firma del presente documento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Los datos proporcionados en este impreso serán objeto de tratamiento para el cumplimiento de los fines propios de la Mutua. Le informamos sobre la posibilidad de ejercer sus derechos, en los términos establecidos en la legislación vigente, que podrá hacer efectivos dirigiéndose a ASEMAS C/Gran Vía 2 – 48001 Bilbao o a la dirección de correo electrónico datos@asemas.es. |  | | | | | | | | | |