



**CUESTIONARIO DE ADHESIÓN**

**A) DATOS GENERALES DEL TOMADOR**

- 1. Tomador del Seguro: **REGISTRO DE OSTEÓPATAS PROFESIONALES**
- 2. N° PÓLIZA: **012S301229SR**

**B) TIPO COLEGIADO/ASOCIADO Y LIMITE SOLICITADO**

- Opción I) Profesionales Individuales o Sociedades Profesionales Unipersonales*
- Opción II) Sociedades o autónomos con 1/2 profesionales en plantilla. Facturación máxima 150.000,00 €*

Indique el límite de indemnización solicitado:

€ 750.000,00     € 1.200.000

**C) COLEGIADO / ASOCIADO**

Nombre y apellidos del colegiado/asociado:.....

Dirección:.....

CP .....Poblacion: .....

C.I.F.: ..... Fecha de adhesión a la póliza solicitada: ... / ... / ....

**D) FACTURACIÓN (HONORARIOS)**

Volumen de facturación / honorarios a cierre del ejercicio económico anterior, y estimados para el ejercicio en curso.

Último Ejercicio Cerrado: .....

## E) CUALIFICACIÓN Y EXPERIENCIA

Descripción completa y detallada acerca de la cualificación y experiencia de los profesionales:

.....

.....

.....

.....

## F) ACTIVIDAD

ACTIVIDAD	%	ACTIVIDAD	%	ACTIVIDAD	%
Alexander Technique		Acupuntura		Shiatsu	
Craneosacral		Aromaterapia		Tai Chi	
Drenaje linfático		Biomagnetismo		Yoga	
Osteopatía		Chamanismo		Auriculoterapia	
Pilates		Cristaloterapia		Neuralterapia	
Quiromasaje		Cromoterapia		Homeosiniatria	
Quiropráctica		Liberador Holístico de Estrés con técnicas de kinesiología		Fitoterapia	
Reflexología		Meditación		Oligoterapia	
Rolfing		Kinesiología		Ozonoterapia	
Spinología		Radiestesia		Complementación dietética	
Danzaterapia		Radionica		Dietoterapia	
Diafreoterapia		Terapia de polaridad		Coaching	
Hipnoterapia		Qi gong		Constelaciones	
Musicoterapia		Reiki		Control Mental	
PNL		Rebirthing		Respiración Consciente	
Risoterapia		Sueños y Arquetipos		Tacto terapéutico	
Terapia floral		Psicoterapia		Gestalt	
Homeopatía		Naturopatía		Medicina Tradicional China	
Medicina antroposófica		Medicina Ayurveda		Medicina Tibetana	
Otras					

## G) INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD

1. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión en los últimos 5 años?

SI  NO

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

.....  
.....

2. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación contra el Tomador o alguno de sus socios?

SI  NO

Si es así, rogamos facilite información completa y detallada.

.....  
.....

**NOTA:** Un hecho, circunstancia o incidente que pueda dar lugar a una Reclamación debe interpretarse en el sentido más amplio posible. Por favor, consulte con su Mediador de Seguros para que le asesore en este punto.

En todo caso para que no haya dudas sobre el sentido de la pregunta, debe Ud. declarar cualquier incidencia relacionada con su actividad profesional que exceda de la más estricta normalidad o habitualidad. En particular, cualquier notificación, incidencia o intervención ante cualquier Tribunal o Autoridad, judicial, arbitral o administrativa o en cualquier procedimiento o expediente, cualquiera que sea la calidad en la que Ud. se vea afectado por la incidencia, reciba la notificación o intervenga ante el Tribunal o Autoridad, o en el procedimiento o expediente, puede constituir un hecho relevante que debe ser declarado.

### Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma y nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Información Precontractual

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL International Insurance Company Limited, Sucursal en España, con domicilio en Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, Planta 35, Edificio Torre Picasso, 28020 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización N° E 163.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es el Reino Unido y la Autoridad de Control es la "Prudential Regulation Authority", con domicilio en 20 Moorgate, Londres, EC2R 6DA y la "Financial Conduct Authority", con domicilio en 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres, E14 5HS, Inglaterra.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y demás normativa española de desarrollo.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

### a. Instancias internas de reclamación:

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrán Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso.

En caso de no quedar satisfecho con el modo en que se tramita su reclamación, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito a:

### **Servicio de Atención al Cliente**

Titular del Servicio: D. Julián Olivares Monteagudo

C/ Génova, 11, 5º Izquierda

28004 Madrid

Teléfono: 91 556 19 78

Fax: 91 556 27 74

E-mail: [atencionclientemarkel@gmail.com](mailto:atencionclientemarkel@gmail.com)

### b. Instancias externas de reclamación:

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

## Ley de Protección de Datos

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, les informamos que todos los datos que nos facilite son confidenciales y que serán incorporados a nuestros ficheros de Seguros, con las finalidades de evaluar el riesgo cuya cobertura solicita, tramitar su desarrollo, cumplimiento y control en caso de su contratación, tramitar los posibles siniestros derivados de las misma, así como, siempre y cuando no nos indique lo contrario, conservar sus datos, independientemente de la contratación de la póliza, para facilitarle futuras propuestas y mantenerle informado de nuestros productos y/o servicios relacionados con nuestra actividad, inclusive por medios electrónicos. Asimismo le informamos que sus datos, durante las tramitaciones de los siniestros, podrán ser comunicados a corredores y agentes de seguros, compañías aseguradoras, así como a todas aquellas entidades y organismos necesarios para la resolución y tramitación de siniestros. En el supuesto de que la tramitación de un siniestro implique el tratamiento de datos de salud, nos autoriza expresamente para su gestión.

En cualquier momento puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos dirigiéndose a: MARKEL INTERNATIONAL (Ref. Protección Datos), Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35 (Torre Picasso), 28020 de Madrid, adjuntando una copia de su DNI.

### Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma y nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Registro de Osteópatas Profesionales

**medicop**  
correduría de seguros

Nombre: \_\_\_\_\_ NIF.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Poblacion: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Sí, deseo adherirme a la póliza colectiva de Defensa jurídica que R.O.P. tiene contratada con la aseguradora ARAG INTERNACIONAL.

**Modalidad contratada:** Defensa Jurídica Empresas (Modalidad 25)

**Colectivo:** R.O.P.

**Sistema de contratación:** Póliza colectiva de contratación individual para Profesionales de Terapias Naturales.

**Media de empleados por Profesional:** Hasta un máximo de 3.

**Media de locales por Profesional:** Hasta 1.

**Límite de gastos:** Siempre que se utilicen los servicios de la propia aseguradora se cubrirán el 100 % de los gastos.

**Límite de fianzas:** 6.000 € por siniestro.

**Sublímite de gastos para el supuesto de libre elección de profesional:** 1.000 € por siniestro.

**Coberturas y prima aplicable por Profesional (tarifa 2012):**

#### Garantía

- 04- Asistencia Jurídica Telefónica
- 05- Defensa en cuestiones administrativas
- 09- Defensa responsabilidad penal
- 10- Extensión defensa penal
- 11- Defensa suplementaria de la responsabilidad civil

Autorizo expresamente a Mediación Colectivos Profesionales Correduría de Seguros, S.L. para que someta a tratamiento informático mis datos personales y todos aquellos que en su momento pueda facilitar por cualquier medio, en los archivos manuales y/o automatizados de que disponen, con independencia de que se llegue a formalizar o no un contrato de seguro, o posteriormente se mantenga o no el mismo en vigor, a efectos estadísticos y de remisión de propaganda y publicidad de nuevos productos aseguradores y otros de carácter financiero o inversor. El solicitante puede en cualquier momento ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición reconocidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal y revocar el consentimiento de cesión de datos prestados

F. Efecto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_