

**CECOVA**Consejo de Colegios de Enfermeras y
Enfermeros de la Comunitat Valenciana**relyens**GRUPO MUTUALISTA EUROPEO
SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS**HOWDEN**

**BOLETÍN DE ADHESIÓN SEGURO COLECTIVO DE
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PÓLIZA N° 176516
CONSEJO DE COLEGIOS DE ENFERMERAS Y ENFERMEROS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA (CECOVA)**

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS		
NIF		
DIRECCIÓN		
ACTIVIDAD PROFESIONAL	ENFERMERIA	
TIPO DE EJERCICIO	☐ Privado ☐ Pública ☐ Mixto	
NUM DE COLEGIADO		
CENTRO DE TRABAJO		
FECHA DE ADHESION A LA PÓLIZA		

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

RC PROFESIONAL	3.500.000 € por siniestro y por asegurado	3.500.000 € por año de cobertura y por asegurado y 10.000.000 € por año de cobertura para todos los asegurados y garantías
RC EXPLOTACION	3.500.000 € por siniestro y por asegurado	3.500.000 € por año de cobertura y por asegurado y 10.000.000 € por año de cobertura para todos los asegurados y garantías
DEFENSA JURIDICA Y FIANZAS	Incluido	
SUBSIDIO POR INHABILITACION TEMPORAL PROFESIONAL O SUSPENSION DE EMPLEO Y SUELDO	Ingresos medios mensuales de los 12 meses anteriores con un máximo de 24 meses por siniestro y por asegurado y 4.000 € por mes.	
RC PROTECCION DE DATOS	60.000 € por siniestro y por asegurado.	
DAÑOS A EXPEDIENTES	90.000 € por siniestro.	
ÁMBITO TEMPORAL	Claims made con retroactividad ilimitada.	
ÁMBITO TERRITORIAL	Las garantías del contrato se extienden y limitan a las responsabilidades que se deriven de actos realizados por el Asegurado en cualquier país del mundo, excepto Estados Unidos, Canadá y Territorios Asociados.	
	La cobertura en países distintos de España se limitará a un periodo de tres meses al año	

**CECOVA**Consejo de Colegios de Enfermeras y
Enfermeros de la Comunitat Valenciana**relyens**GRUPO MUTUALISTA EUROPEO
SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS**HOWDEN**

	Quedan cubiertas las responsabilidades en cualquier lugar del mundo en caso de participación en seminarios, congresos o simposios y por el tratamiento médico aplicado a alguna persona en cumplimiento del deber de socorro.
Declaraciones del asegurado	He sido informado/a y conozco el contenido de la póliza de seguro de Responsabilidad Civil Profesional de la que es tomador el Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de la Comunitat Valenciana.
	He sido informado/a y conozco las causas de exclusión de la cobertura y las exclusiones concretas de la misma, en los términos que constan en las condiciones particulares y especiales de la póliza.
	He sido informado/a y conozco que una reclamación con conocimiento anterior a la fecha de efecto indicada en esta solicitud no sería cubierta por esta póliza.
OBSERVACIONES	La cobertura del presente contrato actuará en exceso de los capitales garantizados suscritos por la Sanidad Pública, en la que el asegurado ejerza su actividad profesional, aun cuando la prima sea única para todo el colectivo y no se solicite por parte de la Mutua en el momento de la suscripción la modalidad de ejercicio del profesional asegurado
	Es necesario comunicar de inmediato a la Compañía cualquier cambio en las características de la actividad asegurada (tipo de ejercicio, especialidad...).

Declaro que toda la información facilitada en este cuestionario es veraz y que cualquier circunstancia por mi conocida que pueda influir en la valoración del riesgo será comunicada al asegurador inmediatamente.

Conozco que cualquier inexactitud en la declaración del riesgo faculta al asegurador a rescindir el contrato y si sobreviniera un siniestro con anterioridad a esta rescisión, si intervino dolo o culpa por mi parte, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación. Acepto que lo contenido en esta solicitud será la base del contrato de seguro.

Firma del Asegurado

En _____ el día _____ de _____ de 20__

**CECOVA**Consejo de Colegios de Enfermeras y
Enfermeros de la Comunitat Valenciana**relyens**GRUPO MUTUALISTA EUROPEO
SEGUROS Y GESTIÓN DE RIESGOS

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 RELYENS MUTUAL INSURANCE domiciliada en 18 Rue Edouard Rochet. 69372 Lyon Cedex 08, Francia, RELYENS MUTUAL INSURANCE estando autorizada para operar en España en régimen de derecho de establecimiento a través de Relyens Mutual Insurance Sucursal en España, con NIF W0010878G, domicilio en Paseo de la Castellana 110, 28046 Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 39332, Folio 90 Sección 8, Hoja M-613805 y en el Registro administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con clave E-220, 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 Relyens Mutual Insurance 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@relyens.eu

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 RELYENS MUTUAL INSURANCE 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. RELYENS MUTUAL INSURANCE 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.es@relyens.eu o por correo postal a la siguiente dirección: Relyens Mutual Insurance 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 RELYENS MUTUAL INSURANCE, y especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y otros, en la siguiente página web: <https://www.relyens.eu/es/datos-personales>

PREVENCIÓN DEL BLANQUEO DE CAPITAL

Tanto el Tomador del Seguro/Asegurado como la Aseguradora "Relyens Mutual Insurance 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 "Relyens Mutual Insurance 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.