

CUESTIONARIO DE ADHESIÓN MEDICINA ALTERNATIVA

Tomador del Seguro / Asegurado:

N.I.F.:

Fecha de inicio de actividad:

A). DESGLOSE DE ACTIVIDADES

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	
Spinologia		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					

B). FACTURACIÓN (HONORARIOS)

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

Último Ejercicio Cerrado:

C). CAPITAL ASEGURADO

- 650.000€
- 1.000.000€

D). CUALIFICACIÓN Y EXPERIENCIA

Descripción completa y detallada acerca de la cualificación y experiencia profesional.

.....

.....

.....

.....

E). INFORMACIÓN SOBRE SINIESTRALIDAD

1. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión en los últimos 5 años?. Si es así, rogamos facilite información completa y detallada, importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados.

SI NO

.....

.....

.....

2. ¿Existe alguna circunstancia o hecho que razonablemente pueda dar lugar a una reclamación contra el Tomador o alguno de sus socios? Si es así, rogamos facilite información completa y detallada.

SI

NO

.....
.....
.....

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."

E), DECLARACIÓN

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones, firme y féchelas.

Nosotros declaramos que este cuestionario ha sido cumplimentado después de haber realizado las averiguaciones e investigaciones pertinentes y necesarias; su contenido es verdadero y correcto y; todas las cuestiones e información que puedan ser relevantes a efectos del presente Cuestionario han sido reveladas.

Nosotros nos comprometemos a informarles de la conclusión de cualquier contrato de seguro, de cualquier cambio material en la información ya proporcionada o de cualquier nuevo hecho o información que pueda surgir y sea relevante a efectos del presente Cuestionario.

Nosotros acordamos que este cuestionario y cualquier otra información por escrito que se proporcione se incorporará y formará parte del contrato de Seguro.

Firma:

Fecha:.....

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

Respecto de los datos personales consignados en este documento, el Solicitante, como titular de tales datos, declara haber sido informado de que los mismos se integrarán en un fichero automatizado, así como de que serán almacenados y tratados para los fines propios de este fichero y para, en su caso, dirigirle información sobre ofertas comerciales del Asegurador. Los datos personales exigidos en este contrato son necesarios para evaluar el riesgo cuya cobertura se solicita, dar curso al mismo, así como para su desarrollo, cumplimiento y control. El titular de los datos podrá ejercer su derecho de acceso, Rectificación o cancelación remitiendo un escrito al domicilio del Asegurador. Cualquier forma de cesión de los datos personales contenidos en el presente documento requerirá el previo consentimiento escrito del Solicitante/titular, salvo en los casos en que dicha autorización previa no es necesaria de acuerdo con lo previsto en el artículo 11 de la vigente Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

Firmado:

Nombre: **NIF.:**

Domicilio:

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

Total Recibo Anual

04- Asistencia Jurídica Telefónica

05- Defensa en cuestiones administrativas

09- Defensa responsabilidad penal

10- Extensión defensa penal

11- Defensa suplementaria de la responsabilidad civil

19,70 €

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: