

DATOS DEL TITULAR

Nombre y Apellidos: _____ NIF: _____
Email: _____ Nº Colegiado: _____

SOLICITO

Baja voluntaria en el tramo de ampliación de la póliza número: _____
Correspondiente al Colegio Oficial _____

Motivo: _____

AVISO IMPORTANTE

El firmante de este documento declara **ser conecedor de la póliza suscrita a través del Colegio** y de las **consecuencias de la baja voluntaria en la ampliación del seguro**, que implican que a partir de la fecha de su comunicación **NO TENDRÁ CONDICION DE ASEGURADO EN LA AMPLIACIÓN**, por lo que aquellas reclamaciones que fuesen formuladas contra el firmante de este documento derivadas de la actividad, previa o posterior a la baja, realizada en calidad de INGENIERO no quedan amparadas bajo la cobertura de la ampliación de la póliza suscrita por su **Colegio profesional con la Compañía Aseguradora MAPFRE EMPRESAS, S.A.**

Y para que así conste a los efectos oportunos, lo firmo en: a de de 20.....

Solicitamos su autorización para el envío de información comercial sobre productos y servicios que puedan ser de su interés. SI NO

Firma Asegurado: _____

Le informamos que ADARTIA GLOBAL CORREDURÍA DE SEGUROS S.A.U. es una correduría de seguros que tratará los datos facilitados a través del siguiente formulario para la suscripción y gestión de la póliza solicitada, prestación de los servicios contratados, tramitación de reclamaciones y siniestros, así como para el envío de comunicaciones comerciales sobre productos de seguros. Sus datos no serán comunicados a terceros salvo por obligación legal. Podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, a través de la siguiente dirección: rgpd@adartia.es. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en <https://www.adartia.es/politica-de-privacidad>