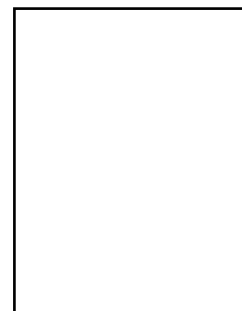


SOLICITUD DE COLEGIACIÓN COMO:

Agente de Seguros Exclusivo (Persona física)	<input type="checkbox"/>
Representante Legal de Sociedad de Agencia Exclusiva	<input type="checkbox"/>
Agente de Seguros Vinculado (Persona física)	<input type="checkbox"/>
Representante Legal de Sociedad de Agencia Vinculada	<input type="checkbox"/>
Corredor de Seguros (Persona física)	<input type="checkbox"/>
Representante Legal de Sociedad de Correduría de Seguros	<input type="checkbox"/>
Representante Legal de Operador de Bancaseguros	<input type="checkbox"/>
No Ejerciente	<input type="checkbox"/>



FOTOGRAFÍA

DATOS PERSONALES

DNI: APELLIDOS: NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:
CURSO FORMATIVO TIPO:
TÍTULO Nº: EXPEDIDO POR:

DATOS PROFESIONALES (de ser el caso)

DOMICILIO DESPACHO/OFICINA:
LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL: PROVINCIA:
TELÉFONO: FAX: MÓVIL:
MAIL:

El que suscribe SOLICITA su incorporación al Colegio de Mediadores de Seguros de A Coruña, como colegiado en la modalidad indicada.

En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma del solicitante)

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

- SOLICITUD CUBIERTA Y FIRMADA
- COPIA DEL DNI
- DOCUMENTACIÓN ANEXA (SEGÚN PROCEDA)

En aras a dar cumplimiento al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y siguiendo las Recomendaciones e Instrucciones emitidas por la Agencia Española de Protección de Datos (A.E.P.D.), SE INFORMA: Los datos de carácter personal solicitados y facilitados por usted, son incorporados a un fichero de titularidad privada cuyo responsable y único destinatario es el Colegio de Mediadores de Seguros de A Coruña. Solo serán solicitados aquellos datos estrictamente necesarios para prestar adecuadamente los servicios solicitados. Todos los datos recogidos cuentan con el compromiso de confidencialidad, con las medidas de seguridad establecidas legalmente, y bajo ningún concepto son cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del cliente, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio. Una vez finalizada la relación entre la entidad y el cliente los datos serán archivados y conservados, durante un periodo tiempo mínimo de 5 años, tras lo cual seguirán archivados o en su defecto serán devueltos íntegramente al cliente o autorizado legal. Los datos que facilite serán incluidos en el fichero denominado Colegiados del Colegio de Mediadores de Seguros de A Coruña, con la finalidad de gestión del servicio, emisión de facturas, contacto..., todas las gestiones relacionadas con la colegiación y manifiesto mi consentimiento. También se me ha informado de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo por escrito al Colegio de Mediadores de Seguros de A Coruña con domicilio en Benito Blanco Rajoy 1º, 15006 A Coruña, o por mail a secretaria@colegiocruna.org. Los datos personales sean cedidos por el Colegio de Mediadores de Seguros de A Coruña de forma confidencial en el ámbito exclusivo de las actividades colegiales (Colegios y Consejos Autonómicos/Consejo General), en cualquier caso podrá el interesado acceder para rectificar o cancelar sus datos.

NO EJERCIENTE

1.- DATOS PARTICULARES

NOMBRE Y APELLIDOS

NIF

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

CÓDIGO POSTAL:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

FAX:

MÓVIL:

MAIL:

Son personas colegiadas «no ejercientes»:

a) Quienes, habiendo estado colegiadas como ejercientes, hayan cesado en todas las actividades de mediación de seguros.

b) Quienes, estando en posesión del título o Curso Formativo que faculte para el ejercicio de la profesión o cualquier otro título que en el futuro pueda válidamente otorgarse, no ejerzan ninguna actividad de mediación de seguros.

En _____ a _____ de _____ de _____
(Firma del solicitante)

El solicitante debe aportar la acreditación de haber superado el curso de formación que faculte para el ejercicio de la profesión.

2.- FICHA PROFESIONAL

ESTUDIOS:

TÍTULOS ACADÉMICOS:

IDIOMAS:

PERTENENCIA A ALGUNA ASOCIACIÓN DE SEGUROS:

OTROS:

3.- DIRECCIÓN PARA RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PROFESIONAL

PARTICULAR

4.- DATOS BANCARIOS (ADJUNTAR DOMICILIACIÓN SEPA)

Para agilizar los cobros correspondientes a sus cuotas colegiales u otros posibles servicios, indíquenos los siguientes datos de cobro:

ENTIDAD BANCARIA

DIRECCIÓN COMPLETA

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)

INFORME DE LA COMISIÓN DE COLEGIACIÓN

Conforme a la documentación presentada y comprobación de las circunstancias personales del solicitante, esta Comisión informa:

- FAVORABLEMENTE
 DESFAVORABLEMENTE

Por los siguientes motivos:

ACUERDO DEL ÓRGANO COMPETENTE DEL COLEGIO

La junta de Gobierno en su reunión de fecha _____, habiendo examinado la documentación y conforme al informe de la Comisión de Colegiación, ha tomado el siguiente ACUERDO:

De lo que doy fe.

En _____ a _____ de _____ de _____

VºBº El Presidente

El Secretario



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
(SEPA Direct Mandate)

A cumplimentar por el acreedor / (To be completed by the creditor): _____

Referencia de la orden de domiciliación:
(Mandate referencia)

Identificador del acreedor: ES57000Q1576005A
(Creditor Identifier)

Nombre del acreedor: COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS DE LA CORUÑA
(creditor's name)

Dirección (Address): Benito Blanco Rajoy, 1-1º

Código postal (Postal Code): 15006

Población (City): La Coruña

Provincia (Province): La Coruña

País (Country): España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el Deudor Titular de la Cuenta de Cargo / (To be completed by the debtor): _____

Nombre del Deudor Titular de la cuenta de cargo:
(Debtor's name):

NIF/CIF del deudor:

Dirección del deudor / Address of the debtor:

Número: **Portal:** **Escalera:** **Piso:** **Puerta:** **Código Postal:**
Number: Hall: Staway: Floor: Door: Postcode:

Población / City:

Provincia / Province:

País del deudor / Country of the debtor.:

Swift BIC / Swift BIC:

Número de cuenta – IBAN / Account number- IBAN:

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES / Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de Pago / Type of payment: Pago recurrente / Recurrent payment

Fecha inicio / Start date:

Localidad / Location in which you are signing:

Firma del titular de la cuenta
Signature of the debtor

Todos los campos han de ser cumplimentados obligatoriamente.
Una vez firmada esta orden de domiciliación debe ser enviada al acreedor para su custodia.
All gaps are mandatory. Once this mandate has been signed must be sent to creditor for storage.