

ASEGURADO/A	_____		NIF	_____
Representado/a en el caso que proceda, por Sr.-a	_____			_____
NIF	Relación	_____		

DATOS DE CONTACTO e IDENTIFICATIVOS del asegurado/a. El asegurado se compromete a comunicar cualquier cambio a Medicorasse.

Teléfono/s	Móvil	E-mail		_____
Domicilio			Fax	_____
Código Postal	Localidad		_____	
Fecha nacimiento	Sexo	Profesión	_____	

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Mediante la firma de la presente orden de domiciliación, **el deudor autoriza:**

- Al acreedor a iniciar los cobros mediante el cargo en la cuenta indicada por el deudor y
- A la entidad financiera del deudor a cargar en su cuenta los adeudos presentados al cobro por la entidad bancaria del acreedor.

Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad financiera 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.

DATOS CORREDURÍA – ACREEDOR/ EMISOR DE COBRO-

Referencia de la orden de domiciliación o mandato:

Identificador: ES17311A59498220 **Nombre** MEDICORASSE, Correduría de Seguros del CMB, S.A.U
Dirección: Pg. Bonanova 47, 3ª planta – 08017 Barcelona **País:** España

DATOS TITULAR DE LA CUENTA – DEUDOR-

Nombre: _____ **NIF:** _____
Dirección: _____
Código Postal: _____ **Población:** _____

Swift BIC: _____

IBAN: _____

Firma del Titular de la cuenta:

--

La firma del presente documento comporta el compromiso del asegurado/beneficiario de mantener actualizados (comunicando cualquier cambio que se produzca) los datos de contacto y datos bancarios que en él se contiene, a fin de que la Correduría Medicorasse pueda comunicarse con él a través de los mismos y gestionar el cobro de la prima derivada de la cobertura aseguradora.

NOMBRE ASEGURADO/A	_____		NIF	_____
Representado/a, en el caso que proceda, por Sr.-a	_____			_____
NIF	Relación/ Cargo	_____		
_____	_____	_____		

Con motivo de mi inclusión en la Póliza colectiva de salud Contratada por MUNITEC (Mutua Nacional de Ingenieros Técnicos de Previsión Social a prima fija) con la Compañía SEGURCAIXA ADESLAS

INFORMACIÓN GENERAL DE LA CORREDURÍA: MEDICORASSE CORREDURIA DE SEGUROS DEL CMB SAU

Facilitada en cumplimiento de lo previsto en el Libro II del Real Decreto Ley 3/2020, de 4 de febrero, que transpone la Directiva (UE) 2016/97, de 20 de enero, sobre la Distribución de seguros (en adelante RDL 3 / 2020):

- DATOS IDENTIFICATIVOS:** Correduría de seguros con NIF A-59498220 y Domicilio social en Barcelona, Pg Bonanova 47, 08017.
 Registrada en la DGSFP: clave J0928 (web: www.dgsfp.mineco.es).
 Dispone de seguro de responsabilidad civil y capacidad financiera suficiente en los términos establecidos en el RDL 3/2020.
- RÉGIMEN DE ACTIVIDAD Y RETRIBUCIÓN DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN DE SEGUROS:** Realiza su actividad profesional según los principios de honestidad, equidad y profesionalidad, en beneficio y representación de los intereses de sus clientes ante las entidades aseguradoras. Partiendo de las informaciones obtenidas del cliente y respetando siempre sus exigencias y necesidades, presta un asesoramiento independiente, basado en un análisis objetivo de un número suficiente de contratos de seguro ofrecidos por el mercado asegurador, de forma que la Correduría pueda formular una recomendación personalizada, ateniéndose a criterios profesionales, respecto al contrato de seguro que mejor se ajuste a las necesidades del cliente.
 En términos generales, la remuneración de la Correduría consiste en la percepción de una comisión, que estará incluida en la prima de seguro y que será abonada por la entidad aseguradora.
- MECANISMO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La Correduría cuenta con un Servicio de Atención al Cliente para la atención de quejas y reclamaciones, descrito en la web (www.medicorasse.med.es). Este servicio se puede activar enviando un escrito por e-mail (medicorasse.servicioatencioncliente@med.es) o por correo postal (Paseo Bonanova 47, Barcelona 08017) a la atención de "Servicio Atención al Cliente".
- OFICINA VIRTUAL:** La Correduría pone a disposición de sus clientes una Oficina Virtual mediante web o App (art. 2 Ley 56 / 2007, de 28 de diciembre, de Medidas de Impulso de la Sociedad de la Información). Para poder acceder con la debida seguridad es necesario disponer de una identidad digital en el móvil, acreditada por la Correduría o por los terceros detallados en las Condiciones de acceso y uso de la Oficina Virtual, que pueden ser consultadas en la web (www.medicorasse.med.es).
- COLABORADOR EXTERNO:** MUNITEC ACTIVA SL con NIF B66762246 actúa en este acto en su calidad de Colaborador Externo de Medicorasse Correduría de Seguros del CMB S.A.U
- EN CASO DE CONTRATACIÓN A DISTANCIA,** (Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores –LCDSF-), le informamos que siempre que actúe con un propósito ajeno a su actividad empresarial o profesional, puede ejercer el DERECHO DE DESISTIMIENTO para dejar sin efecto el contrato de referencia, excepto cuando se trate de los contratos de seguros descritos en el art. 10.2.b LCDSF (contratos en que el tomador asume el riesgo de la inversión, los de viaje o equipaje de duración inferior a un mes, los contratos en que sus efectos finalizan antes del plazo para ejercer el derecho de desistimiento, los que dan cumplimiento a una obligación de aseguramiento del tomador, así como los planes de previsión asegurados). El derecho de desistimiento se ejercerá por e-mail (medicorasse@med.es) dentro de los 14 días naturales (30 días por el seguro de vida) a contar desde la celebración del contrato, o desde la recepción de las condiciones e información contractual si es posterior, sin necesidad de justificación y sin penalización (excepto si se ha producido un siniestro). La cobertura quedará sin efecto desde la fecha de la comunicación, y tendrá derecho a la devolución de la prima no consumida, que le será reintegrada por parte de la Compañía de seguros, en un plazo máximo de 30 días naturales desde la recepción de la comunicación. En el supuesto de no ejercer el derecho de desistimiento en el plazo indicado, el contrato será válido a todos los efectos.

POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE: MEDICORASSE CORREDURÍA DE SEGUROS DEL CMB SAU, NIF A 59498220. Paseo de la Bonanova, 47, 08017 de Barcelona.

FINALIDADES DEL TRATAMIENTO: Intermediar las pólizas de seguros, asesorar, gestionar su contratación con las entidades aseguradoras y tramitar siniestros, de conformidad con el RDL 3/2020, de 4 de febrero, así como verificar la identidad de los clientes en las relaciones no presenciales mantenidas con la Correduría.

DATOS DE TERCEROS: En caso de que facilite datos de terceros, la Correduría asume que usted manifiesta que les ha informado previamente de que realizará esta comunicación y que cuenta con su autorización para hacerlo.

CONSERVACIÓN DE LOS DATOS: Los datos personales se conservarán durante el plazo necesario para dar cumplimiento a la solicitud formulada o al servicio contratado, y en todo caso, durante el plazo que la legislación vigente establezca. No obstante, en el caso de que usted haya autorizado el tratamiento de sus datos con fines publicitarios, los datos necesarios para este fin se conservarán más allá de lo comentado, mientras no manifieste su oposición.

DERECHOS: Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable por e-mail (datospersonales.medicorasse@med.es), por correo postal (Paseo Bonanova 47, 08017 Barcelona) , o a través de la Oficina Virtual de Medicorasse. Asimismo, puede presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Puede obtener más información respecto de la POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES en la web (www.medicorasse.med.es).

SÍ **NO** **AUTORIZO A Medicorasse el tratamiento de mis datos con el fin de ofrecerme, por vía electrónica, telefónica u otros, productos y servicios aseguradores de acuerdo con mis necesidades elaborando un perfil de cliente. En base este perfil no se tomara decisiones individuales automatizadas.**

Las acciones publicitarias, de promoción o de captación, serán realizadas con la intervención/ participación de Munitec Activa, S.L.

Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento mediante escrito enviado a Medicorasse.

En _____, _____ de _____ de 20_____.

FIRMA DEL CLIENTE