

BOLETÍN DE ADHESIÓN

ACUERDO DE COLABORACIÓN CON ASEFA SEGUROS PARA EL COLECTIVO DE MEDIADORES COLEGIADOS DE ALAVA Y BIZKAIA

<i>DATOS DEL MEDIADOR</i>			
NOMBRE o RAZÓN SOCIAL:			
PERSONA DE CONTACTO:			
TELÉFONO MÓVIL:		TELÉFONO OFICINA:	
E-MAIL:			
COLEGIADO:	NO <input type="checkbox"/> (1)	SI <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE COLEGIADO:
TIENE CONTRATO DE COLABORACIÓN CON ASEFA		NO <input type="checkbox"/> (2)	SI <input type="checkbox"/>
CLAVE DE COLABORADOR DE ASEFA SEGUROS:			

Mediante este Boletín se comunica el expreso deseo de Adhesión al Acuerdo de Comercialización entre “ASEFA SEGUROS” y “El Colectivo de Mediadores Colegiados de ALAVA Y BIZKAIA”, para comercializar productos de Seguro de Salud manifestando el conocimiento y la conformidad con su contenido.

Asimismo, adquiero el compromiso del cumplimiento de sus normas y del uso de las buenas prácticas establecidas en la profesión sometiéndome al control por parte de los Colegio de Mediadores de ALAVA Y BIZKAIA.

Sellado y/o Firmado por el Representante

Firmado en a de de

- (1) LOS MEDIADORES NO COLEGIADOS DEBERÁN SOLICITAR LOS IMPRESOS NECESARIOS Y APORTAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA SU COLEGIACIÓN INMEDIATA EN LAS OFICINAS DEL COLEGIO.
- (2) LOS MEDIADORES QUE NO TENGAN CONTRATO DE COLABORACIÓN CON ASEFA SEGUROS DEBERÁN SOLICITAR SU FIRMA LO ANTES POSIBLE DIRIGIÉNDOSE DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO COMERCIAL DE LA COMPAÑÍA ASEFA SEGUROS.

NOTA.- PARA LA ADHESIÓN A ESTE ACUERDO ES ABSOLUTAMENTE INDISPENSABLE PERTENECER AL COLEGIO DE MEDIADORES DE ALAVA O BIZKAIA Y POSEER CONTRATO DE COLABORACIÓN CON LA COMPAÑÍA ASEFA SEGUROS.