



SOLICITUD DE ALTA COMO:

AGENTE	<input type="checkbox"/>	AGENCIA	<input type="checkbox"/>
CORREDOR/A	<input type="checkbox"/>	CORREDURÍA	<input type="checkbox"/>
NO EJERCIENTE	<input type="checkbox"/>	SEGUNDA COLEGIACIÓN	<input type="checkbox"/>
CLIENTE CONSUMIDOR	<input type="checkbox"/>	ASOCIADO	<input type="checkbox"/>
OPERADOR BANCASEGUROS	<input type="checkbox"/>		

Nº COLEGIADO:

DATOS PARTICULARES:

1º APELLIDO 2º APELLIDO

NOMBRE DNI FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR..... NACIONALIDAD

DOMICLIO C.P.....

TÍTULO Nº EXPEDIDO POR.....

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

TELÉFONO FAX..... E-MAIL.....

DATOS PROFESIONALES:

DOMICILIO DESPACHO CP

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

TELÉFONO FAX..... E-MAIL.....

Quiero colegiarme en:

Colegio de Mediadores de Seguros de Bizkaia

Colegio de Mediadores de Seguros de Álava



SOLO EN CASO DE REPRESENTANTE DE CORREDURÍA:

Nombre de la Sociedad

Cargo NIF.....

Domicilio..... C.P..... LOCALIDAD.....

Tfno. FAX E-MAIL.....

(*) Autorización -Clave Fecha Autorización

Organismo **(*) Adjuntar Fotocopia**

SÓLO EN CASO DE AGENTE O REPRESENTANTE DE AGENCIA:

Nombre de la Sociedad

Cargo NIF.....

Domicilio..... C.P..... LOCALIDAD.....

Tfno. FAX E-MAIL.....

Nº Registro.....

(*) Entidad/es con la/s que tiene Contrato

..... **(*) Adjuntar Fotocopia**

Ramos.....

Nº Registro.....

DOCUMENTACIÓN Y REQUISITOS:

En todos los casos:

- ✓ Fotocopia del DNI
- ✓ Fotocopia del Título o Diploma (Si se posee)
- ✓ Cumplimentar Ficha Profesional
- ✓ Una Fotografía

Además, Los Agentes y Corredores han de acreditar (en cualquier medio válido en Derecho)

- ✓ Tener Capacidad Legal para ejercer el comercio
- ✓ No estar incurso en causa de incompatibilidad
- ✓ No estar inhabilitado para el ejercicio profesional



ADEMÁS DE,

- ❶ **AGENTES:** Mediante declaración formal, según modelo, tener contrato mercantil de Agencia en vigor con Entidad Aseguradora autorizada o habilitada para operar en España, que les confiera la condición de Agente de la misma. Si actúan por cuenta de una Sociedad de Agencia de Seguros, acreditarán la representación que ésta le haya conferido.
- ❷ **CORREDORES:** Mediante declaración formal, según modelo, no tener suscrito contrato de Agencia con Entidad Aseguradora; y su inscripción, si actúan por cuenta propia, en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros o de la Comunidad Autónoma con competencia reconocida para ello, y si actúan por cuenta de una Sociedad de Correduría, la inscripción de esta Sociedad y la acreditación de su representación.
- ❸ **OPERADORES DE BANCA SEGUROS:** Son considerados Agentes.
- ❹ **NO EJERCIENTES:** Esta clasificación se aplicará en aquellos casos, en los que se posea el título o diploma que faculte para el ejercicio de la profesión y no se ejerza la misma, o se haya cesado en la actividad tras haber ejercido o bien por incurrir en incompatibilidad para el ejercicio de la actividad.

INDICAR LOS DOCUMENTOS APORTADOS:

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

FICHA PROFESIONAL:

ESTUDIOS.....
TÍTULOS ACADÉMICOS.....
IDIOMAS.....
PERTENECE A ALGUNA ASOCIACIÓN.....
OTROS.....

OTROS DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL SOLICITANTE:

* ENCUESTA

¿En qué dirección desea recibir la correspondencia colegial?

PROFESIONAL



PERSONAL





DATOS BANCARIOS:

Para agilizar los cobros correspondientes a las cuotas colegiales y otros posibles cobros de otros servicios, indíquenos sus datos bancarios:

ENTIDAD BANCARIA	IBAN	BANCO	OFICINA	DC	Nº CUENTA
DOMICILIO OFICINA					

INFORME DE LA COMISIÓN DE COLEGIACIÓN:

DOCUMENTACIÓN

	FAVORABLE
	DESFAVORABLE

Por los siguientes motivos

ACUERDO DEL ÓRGANO COMPETENTE DEL COLEGIO:

La Junta de Gobierno, en su reunión de fecha habiendo revisado la documentación y de acuerdo al informe de la Comisión de Colegiación, ha tomado el siguiente acuerdo de, de lo que doy fe.

En , a de de
 (el Secretario)

VºBº
 El Presidente



Información básica sobre protección de datos:

Responsable: COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS DE BIZKAIA. **Finalidad:** Gestión de los servicios ofrecidos a los colegiados. **Legitimación:** La colegiación del interesado. **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros sin previa autorización del interesado, salvo obligación legal. **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos a través de nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección dpo@basquekide.es.

Autorizo el envío de comunicaciones comerciales sobre acuerdos de interés alcanzados por el Colegio para sus colegiados.

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MI IMAGEN COMO PARTICIPANTE EN UN EVENTO

Autorizo a los COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS DE ÁLAVA Y BIZKAIA, de manera expresa e inequívoca, **a captar y utilizar las imágenes** en las que aparezco grabado o fotografiado, individualmente o en grupo, con ocasión de mi participación en los diferentes eventos, jornadas, etc. organizados por esta Institución, con la finalidad de ser publicados y expuestos a través de sus canales de comunicación interna y externa para hacer publicidad de los mismos y de la actividad de mediación. Las imágenes podrán publicarse en cualquier plataforma de comunicación de los COLEGIOS DE MEDIADORES DE SEGUROS DE ÁLAVA Y BIZKAIA (página web, redes sociales, vídeos y folletos divulgativos y de sensibilización social, exposiciones, etc.). El plazo de la cesión de los derechos de imagen y voz será por tiempo indefinido, de forma gratuita y sin límite en su ámbito territorial. He sido informado que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

En , a de de