



Boletín de adhesión a la cobertura básica de Responsabilidad Civil Profesional para nuevos asegurados no adheridos anteriormente a la cobertura a través del Ilustre Colegio de Abogados de Toledo.

DATOS PERSONALES

Tomador del seguro: _____ NIF/CIF: _____
Domicilio: _____ C. P.: _____ Población: _____
Teléfono: _____ Email: _____ Nº Colegiado: _____

Manifiesto mi deseo de adherirme a la póliza de Responsabilidad Civil Profesional que tiene suscrita el Ilustre Colegio de Abogados de Toledo con un límite de 750.000 € por Siniestro y Asegurado SI

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

¿Tiene conocimiento de circunstancia o hecho alguno que pueda dar lugar a una reclamación contra usted? SI NO
En caso respuesta anterior afirmativa, remitiremos este boletín a la compañía aseguradora para su valoración definitiva.

¿Tiene actualmente contratada una póliza de Responsabilidad Civil Profesional? SI NO

Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración en el Tel. 91 105 24 03 o en el e-mail: abogados@alkora.es

A través de la cumplimentación de este boletín el interesado manifiesta su deseo de adhesión a la póliza de referencia, quedando ésta supeditada, en todo caso, a la aceptación de la misma por parte de la Compañía, y no teniendo este documento naturaleza contractual.

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos. El Asegurado se compromete a informar a la Compañía de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

La solicitud de seguro deberá ser cumplimentada en su totalidad, firmada y fechada.

Fecha: _____ Firma Asegurado: _____ Firma Titular de la Cuenta: _____