

BOLETÍN DE ADHESIÓN AMPLIACIÓN PÓLIZA R.C.PROFESIONAL

Tomador y Asegurado:	
Dirección:	
NIF:	
Nº Teléfono/ Email	



COBERTURA PRINCIPAL COFM 900.000€

Solicito la Ampliación de la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional

OPCIÓN A
1.500.000€*

*Exceso sobre la cobertura principal
de **600.000€**
PRIMA ANUAL: 48,00€

OPCIÓN B
2.000.000€*

*Exceso sobre la cobertura principal
de **1.100.000€**
PRIMA ANUAL: 60,00€

Cobertura de Responsabilidad Civil Profesional al farmacéutico por reclamaciones a los técnicos en plantilla – Nº de asegurados: ____
(Prima total por asegurado para esta cobertura: 25,00€)

Firma Colegiado

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación (*):

Identificador del acreedor: ES46633W0371455G

Nombre del acreedor: WR BERKLEY EUROPE AG. SUCURSAL EN ESPAÑA

Dirección del acreedor: PASEO DE LA CASTELLANA, 149. 8º PLANTA

Código postal / Población / Provincia: 28046 MADRID

País de residencia del acreedor: ESPAÑA

(*): constará de su CIF/NIF y su nº de cuenta

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a (A) WR BERKLEY EUROPE AG. SUCURSAL EN ESPAÑA 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 de WR BERKLEY EUROPE AG. SUCURSAL EN ESPAÑA.

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.

A cumplimentar por el deudor

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Código postal / Población / Provincia: _____

País de residencia: _____

Número de cuenta - IBAN:

--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 -

--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(IBAN) (entidad) (oficina) (DC) (10 dígitos nº cuenta)

Swift - BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(puede contener de 8 a 11 posiciones)

Tipo de pago: Pago recurrente ó Pago único
(renovación/fraccionamientos/ajustes)

Lugar y fecha de la firma: _____

Firma del deudor: _____
Por favor, firme aquí

Nota: Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACION DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA
LA ENTIDAD DEL DEUDOR REQUIERE AUTORIZACION DE ÉSTE PREVIA AL CARGO EN CUENTA DE LOS ADEUDOS DIRECTOS SEPA
EL DEUDOR PODRA GESTIONAR DICHA AUTORIZACION CON LOS MEDIOS QUE SU ENTIDAD PONGA A SU DISPOSICION