



SOLICITUD ADHESION A LA POLIZA SUSCRITA POR CETOP

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Código Postal _____ Población _____

DNI _____ nº colegiado _____

Datos bancarios: IBAN: ES__ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

COBERTURAS (MARCAR CON X LA ELEGIDA):

	OPCIONES DE CONTRATACION	COBERTURA	PRIMA TOTAL
<input type="checkbox"/>	1A-EJERCICIO LIBRE	600.000 €	329,00 €
<input type="checkbox"/>	1B- EJERCICIO LIBRE	1.500.000 €	340,00 €
<input type="checkbox"/>	1C- EJERCICIO LIBRE	3.500.000 €	356,00 €
<input type="checkbox"/>	1C- EJERCICIO LIBRE	4.000.000 €	471,00 €

En exceso de la póliza de la AAPP:

<input type="checkbox"/>	2A- FUNCIONARIOS	3.500.000 €	60,00 €
<input type="checkbox"/>	2B- FUNCIONARIOS	4.000.000 €	175,00 €

En exceso de la póliza de la AAPP:

<input type="checkbox"/>	3A- FUNCIONARIO Y/O ASALARIADO	3.500.000 €	208,00 €
<input type="checkbox"/>	3B- FUNCIONARIO Y/O ASALARIADO	4.000.000 €	323,00 €

En exceso de la póliza de la AAPP:

<input type="checkbox"/>	4A- FUNCIONARIO Y/O ASALARIADO Y EJERCICIO LIBRE	3.500.000 €	281,00 €
<input type="checkbox"/>	4B- FUNCIONARIO Y/O ASALARIADO Y EJERCICIO LIBRE	4.000.000 €	396,00 €

Ha sufrido alguna reclamación relativa a su profesión, o tiene algún siniestro en curso:

SI NO

Firmado por el asegurado, en _____ a _____ del 20 _____.

Una vez rellenada y firmada la solicitud, enviarla al CETOP por mail: catalunya@cetop.cat