

DECLARACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD A EFECTOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Dr/Dra. _____ NIF/NIE _____

Nº de Colegiado _____

Comunica al Ilustre Colegio de Médicos de Zaragoza su cese de actividad por:

- Jubilación Por invalidez permanente total / absoluta Por excedencia legal Por cese voluntario total de la actividad médica

A efectos de la cobertura de seguro de responsabilidad civil profesional, **declara**:

- NO** **SI** tiene reclamaciones en vigor, o sospecha de posibles reclamaciones por prácticas médicas previas a la cumplimentación de este documento.
 NO **SI** haber recibido agresiones de pacientes previamente a la firma de este documento y cuya reclamación esté actualmente en trámite.

(si responde afirmativamente a alguna de las cuestiones, el asegurado deberá de mantener su cobertura de seguro hasta la finalización del expediente)

Así mismo, **manifiesta** haber sido informado por el Ilustre Colegio de Médicos de Zaragoza que:

En caso de retomar la actividad médica, deberá comunicárselo al Ilustre Colegio de Médicos de Zaragoza, al objeto de volver a darse de alta en la póliza colectiva de responsabilidad civil. Cualquier reclamación posterior a una eventual reanudación de la actividad, sin que ésta sea comunicada al ICOMZ, no será objeto de cobertura por parte de la póliza colectiva de responsabilidad civil.

POLITICA DE PROTECCION DE DATOS

RESPONSABLE: ARABROK MEDIACION S.L, NIF B 01766625. Paseo de la Independencia 5, pral. dcha. 50001 Zaragoza.

FINALIDADES y LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO: Intermediar, asesorar e informar sobre la contratación de pólizas de seguros, gestionar el contrato de seguro, mantener la relación contractual, y asistir y gestionar los siniestros, de conformidad con el RDL 3/2020 y la ejecución del contrato en el que el interesado es parte o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales. Informar al cliente sobre los productos aseguradores, que de acuerdo con sus necesidades puedan ser de su interés, así como el envío de comunicaciones comerciales consentidas por el cliente y/o por interés legítimo de la Correduría.

DATOS DE TERCEROS: En caso de que facilite datos de terceros, deberá haber informado previamente y contar con la debida autorización.

CONSERVACIÓN DE LOS DATOS: Los datos personales se conservarán durante el plazo necesario para dar cumplimiento a la solicitud formulada o al servicio contratado, y en todo caso, durante el plazo que la legislación vigente establezca. No obstante, en el caso de que usted haya autorizado el tratamiento de sus datos con fines publicitarios, los datos necesarios para este fin se conservarán más allá de lo comentado, mientras no manifieste su oposición.

DERECHOS: Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el responsable por e-mail (datospersonales.arabrok@med.es), o por correo postal (Paseo Independencia 5, pral. dcha., 50001 Zaragoza). Asimismo, puede presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

El **ICOMZ** tratará la información que nos facilita con el fin de tramitar su solicitud de póliza de responsabilidad civil. La información que Vd. facilite deberá ser actual, exacta y verídica, siendo el interesado el único responsable de cualquier falsedad o inexactitud de la misma. Los datos proporcionados se conservarán durante los plazos previstos por la legislación específica. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopdp@comz.org

FIRMA DEL INTERESADO	SELLO REGISTRO DEL ICOMZ
En Zaragoza, a _____ de _____ de _____	