



<b>NOMBRE:</b>		<b>APELLIDOS:</b>	
<b>NIF:</b>	<b>TELF:</b>	<b>FAX:</b>	<b>MÓVIL:</b>
<b>DOMICILIO:</b>			
<b>C.POSTAL:</b>		<b>PROVINCIA:</b>	
<b>MAIL:</b>		<b>WEB:</b>	

En condición de miembro de 5 **AED-N** 5 Asociación Autónoma .....  
 5 Colegio Oficial de D-N de ..... con nº de Socio/Colegiad@ .....

**SOLICITO:** Ser incluido como asegurado en la póliza de **SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL** que la AED-N ha suscrito con FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a prima fija. Asimismo quedo informado de que este seguro únicamente ampara la actividad de **DIETISTA-NUTRICIONISTA** en cualquiera de los perfiles profesionales incluidos en la póliza, hasta una suma asegurada por siniestro y año de 700.000 € por cada profesional. Se establece un sublímite por víctima de 700.000 € así como un límite total anual agregado para el conjunto de los asociados adheridos de 3.000.000 €. El seguro no tiene franquicia a cargo del asegurado. Cobertura en todo el territorio de la UE.

**CLAUSULAS DE ADHESIÓN**

**ACEPTO:**

- que mi solicitud sea efectiva en términos de cobertura a las 72 horas de la recepción de la misma en las dependencias de la AED-N.
- Las cláusulas de cobertura y los límites citados y/o que aparecen en las condiciones particulares, generales y especiales del seguro, así como aquellas modificaciones que en el futuro pueda pactar la AED-N en beneficio de sus asociados, incluyendo, en su caso, cambio de asegurador.

**AUTORIZO** a la AED-N que gire el importe **INEXTORNABLE** de 150 € (o su importe prorrateado a la fecha de firma, en caso de cobertura inferior a un año) para la anualidad corriente, así como las correspondientes a futuras anualidades, hasta nueva orden, a la cuenta siguiente en concepto de derrama por el coste anual del seguro de Responsabilidad Civil Profesional.

**C.C.C.:** 5 5 5 5 - 5 5 5 5 - 5 5 - 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD:** Soy informado de que en cumplimiento de la Ley de Protección de Datos aquellos que facilite el o la Dietista-Nutricionista quedan incorporados a ficheros de los que son titulares la AED-N, las corredurías de seguros que median este seguro y la/s aseguradora/s seleccionada/s. La finalidad es la de proporcionar información relativa a la profesión, a las cuestiones derivadas de este seguro y aquellos programas de seguro que la AED-N concierte para sus asociados. Los datos facilitados serán tratados conforme a lo establecido en la Legislación vigente y no serán utilizados para fines distintos de los autorizados. En todo momento se puede ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación, revocación y oposición mediante correo en el domicilio de la **AED-N**.

**ACCESO Y PERMANENCIA EN EL SEGURO COLECTIVO:** solo podrán solicitar y mantener cobertura en este SRC los socios numerarios de la AED-N que estén al corriente del pago de sus cuotas. La solicitud de baja de la AED-N implica tácitamente la pérdida del derecho a la cobertura de seguro a 31 de diciembre de la anualidad en que se solicite tal baja, lo cual se reconoce expresamente en este acto. Las solicitudes sin cumplimentar en su totalidad y/o sin firma son nulas.

En Barcelona, a ..... de ..... de 200....

**ENVIAR ESTE FORMULARIO POR FAX A LA AED-N AL 93.4875312  
 O POR CORREO A C/ CONSELL DE CENT, 314 -PPAL B - 08007- BARCELONA**

**SOLICITUDES ON-LINE:** <http://www.esbroker.com> (previo registro)

Dirigir consultas técnicas relativas a coberturas del seguro a las corredurías:

**GRUP GALILEA : 93.4145151 LLUCH & JUELICH : 971.135130**