

SOLICITUD COLEGIACIÓN

Me quiero colegiar como:

Agente exclusivo	<input type="checkbox"/>	No ejerciente	<input type="checkbox"/>
Corredor	<input type="checkbox"/>	Auxiliar-Colaborador-	<input type="checkbox"/>
Agente vinculado	<input type="checkbox"/>	No responsable	
<hr/>			
Persona Física	<input type="checkbox"/>	Persona Jurídica	<input type="checkbox"/>

Datos Personales:

Nº Colegiado (a rellenar por el colegio)

Primer Apellido:	<input type="text"/>
Segundo Apellido:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text"/>
Lugar:	<input type="text"/>
Nacionalidad:	<input type="text"/>

Datos profesionales:

Domicilio despacho:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>
Correo electrónico:	<input type="text"/>
Dirección WEB (en caso de tenerla)	<input type="text"/>

El que suscribe, SOLITICA su incorporación a este Colegio Profesional de Mediadores de Seguros, como colegiado en la modalidad indicada.

A los efectos de la vigente normativa sobre Protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre) se informa que este documento contiene datos de carácter privado, para información restringida y uso estadístico colegial. La Firma significa que el solicitante presta su consentimiento para la utilización de estos datos, de forma confidencial, en el ámbito exclusivo de las actividades colegiales (Colegios y Consejos Autonómicos/ Consejo General), en cualquier caso, podrá el interesado acceder para rectificar o cancelar sus datos.

_____, a _____ de _____ de _____

(firma del solicitante)

Sólo en caso de **Correduría**

Nombre de la Sociedad:

Cargo: NIF:

Domicilio: CP:

Localidad: TF:

Correo electrónico:

Autorización – Clave (Nacional o Autonómica):

Fecha de autorización:

Organismo:

Sólo en caso de **Agencia:**

Nombre de la Sociedad:

Cargo: NIF:

Domicilio: CP:

Localidad: TF:

Correo electrónico:

Sólo en caso de Agente o de Agencia (indistintamente exclusivos o vinculados):

Entidad/es con la/s que tiene contrato de Agencia

Ramos:

Documentación y requisitos:

En todos los casos:

- Fotocopia DNI
- Cumplimentar ficha profesional

Además,

Se ha de acreditar **(en cualquier medio válido en Derecho)**

- A) Tener capacidad legal para ejercer comercio
- B) No estar incurso en causa de incompatibilidad
- C) No estar inhabilitado para el ejercicio profesional
- D) Inscripción en el Registro Administrativo Especial

Agentes Vinculados y Corredores,

- Acreditación de haber superado curso de formación o prueba de aptitud en materias financieras y de seguros privados

Agentes:

Mediante declaración formal, según modelo, tener contrato mercantil de agencia en vigor con entidad aseguradora autorizada o habilitada para operar en España, que les confiera la condición de agente de la misma. Si actúan por cuenta de una sociedad de agencia de seguros, acreditarán la representación que esta le haya conferido

Corredores:

Mediante declaración formal, según modelo, no tener suscrito contrato de agencia con entidad aseguradora; y su inscripción, si actúan por cuenta propia, en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros o de la Comunidad Autónoma con competencia reconocida para ello, y si actúan por cuenta de una sociedad de correduría, la inscripción de esta sociedad y la acreditación de su representación.

La clasificación de **NO EJERCIENTE** será aplicable en los siguientes casos:

Cuando se posea el título o diploma que faculte para el ejercicio de la profesión o se haya realizado cursos de formación y pruebas de aptitud en materias financieras y de seguros privados y no se ejerza la actividad profesional, o cuando estando como “ejerciente” (las otras modalidades de colegiación) haya cesado la actividad o incurra de incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.

Indica los documentos que has aportado

FICHA PROFESIONAL

Estudios

Títulos académicos

Idiomas

Pertenece a alguna asociación (Seguros)

Otros

Debes cumplimentar la orden de domiciliación:

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

A cumplimentar por el acreedor

Referencia de la orden de domiciliación:

Identificador del acreedor:

Nombre del acreedor:

COLEGIO PROFESIONAL DE MEDIADORES DE SEGUROS DE CASTELLON

NIF/CIF acreedor: Q12760031

Dirección: Av. Capuchinos, 14

Código postal- Población-Provincia: 12004 – Castellón de la Plana (Castellón)

País: ESPAÑA

Mediante la firma de la presente orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. 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. Podrá obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A cumplimentar por el deudor

Nombre del deudor:

NIF/CIF del deudor:

Dirección del deudor:

Código postal

Población

Provincia

País

Nº de cuenta (IBAN)

E	S																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de pago:

Pago recurrente
Pago único

Lugar y fecha

Firma y sello del deudor

INFORME DE LA COMISIÓN DE COLEGIACIÓN:

Conforme a la documentación presentada y comprobación de las circunstancias personales del solicitante, esta comisión informa:

Favorablemente

Desfavorablemente

Por los siguientes motivos:

ACUERDO DEL ORGANO COMPETENTE DEL COLEGIO:

La en su reunión de fecha

habiendo examinado la documentación y conforme al informe de la Comisión de Colegiación, ha tomado el siguiente ACUERDO

de lo que doy fe.

_____, a _____ de _____ de _____

(el Secretario)

VºBº
El Presidente