



COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS DE LUGO

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN COMO.....

| | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Agente | <input type="checkbox"/> | Rep.Agencia | <input type="checkbox"/> |
| Corredor | <input type="checkbox"/> | Rep.Correduría. | <input type="checkbox"/> |
| No ejerciente | <input type="checkbox"/> | | |

Nº Col:

Datos personales:

1º APELLIDO..... 2º APELLIDO.....

NOMBRE.....DNI.....Fecha Nacimiento.....

Lugar.....Nacionalidad.....

Datos profesionales:

Domicilio Despacho.....
Localidad.....C.P.....Provincia.....
Tfno.....Fax.....E-mail.....

Datos particulares:

Domicilio Particular.....
Localidad.....C.P.....Provincia.....
Tfno.....Fax.....E-mail.....

El que suscribe, SOLICITA su incorporación a este Colegio de Mediadores de Seguros, como colegiado en la modalidad indicada, y ostenta el Título de Mediador de Seguros conforme con los artículos 31.4 y Disposición Adicional Segunda, de la Ley 9/1992, de 30 de Abril, de Mediación en Seguros Privados.

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)

| |
|--|
| <p>Solo en caso de Representante de Correduria:</p> <p>Nombre de la Sociedad.....</p> <p>Cargo.....NIF.....</p> <p>Domicilio.....C.P..... Localidad.....</p> <p>Tfno.....Fax..... E-mail.....</p> <p>Autorización - Clave (Nacional o Autonómica).....Fecha autorizacion:.....</p> <p>Organismo.....</p> |
| <p>Solo en caso de Representante de Agencia:</p> <p>Nombre de la Sociedad.....</p> <p>Cargo.....NIF.....</p> <p>Domicilio.....C.P.....Localidad.....</p> <p>Tfno.....Fax..... E-mail.....</p> |
| <p>Solo en caso de Agente o Representante de Agencia:</p> <p>Entidad/es con la/s que tiene Contrato de Agencia.....</p> <p>.....</p> <p>Ramos.....</p> |

Documentación y requisitos:

En todos los casos:

- Fotocopia del DNI
- Número de registro de mediadores de la DGSFP
- Complimentar Ficha Profesional

Además,

Agentes y Corredores han de acreditar (en cualquier medio válido en Derecho)

- a) Tener capacidad legal para ejercer el comercio.
- b) No estar incurso en causa de incompatibilidad.
- c) No estar inhabilitado para el ejercicio profesional.

1. 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.

2. 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 la aplicable en los siguientes casos:

- cuando se posea el título o diploma que faculte para el ejercicio de la profesión y no se ejerza la actividad profesional; o cuando estando como "ejerciente" (las otras modalidades de colegiación) haya cesado en la actividad o incurra en causa de incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.

=====

Indicar los documentos aportados

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ficha Profesional

Estudios:.....

Títulos Académicos:.....

Idiomas:.....

Pertenece a alguna Asociación (Seguros):.....

Otros:.....

Otros datos a cumplimentar por el solicitante:

¿En que dirección desea recibir la correspondencia colegial?

| | |
|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | PROFESIONAL |
| <input type="checkbox"/> | PARTICULAR |

Datos bancarios:

Para agilizar los cobros correspondientes a las cuotas colegiales u otros posibles cobros de otros servicios, indíquenos donde deben presentarse,

Ent.Bancaria:... .. Sucursal:... .. Domicilio:.....

D.C... .. N° de cuenta:.....(10 dígitos).

=====

INFORME DE LA COMISIÓN DE COLEGIACIÓN:

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

| | |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | FAVORABLEMENTE |
| <input type="checkbox"/> | DESFAVORABLEMENTE |

Por los siguientes motivos.....
.....
.....

ACUERDO DEL ORGANO COMPETENTE DEL COLEGIO:

Laen su reunión de fechahabiendo 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)

Vº Bº
El Presidente