

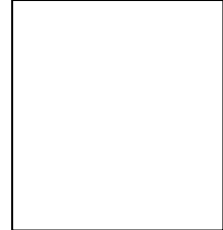


SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN COMO.....

Agente exclusivo	<input type="checkbox"/>	Agente vinculado	<input type="checkbox"/>
Corredor	<input type="checkbox"/>	Corredor Reaseguros	<input type="checkbox"/>
Operador Banca Seguros	<input type="checkbox"/>	No ejerciente	<input type="checkbox"/>

Persona Física	<input type="checkbox"/>	Persona Jurídica	<input type="checkbox"/>



Nº Col:

DATOS PERSONALES:

1º APELLIDO..... 2º APELLIDO.....
 NOMBRE.....DNI.....Fecha Nacimiento.....
 Lugar.....Nacionalidad.....

DATOS PROFESIONALES

Domicilio Trabajo.....
 Localidad.....C.P.....Provincia.....
 Tfno.....Fax.....E-mail.....
 Tel. Móvil:..... Web.....

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

En virtud de lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS DE MADRID le informa que sus datos personales incorporados en este formulario, serán incluidos en un fichero creado bajo nuestra responsabilidad, con la finalidad de comunicarnos con usted para llevar a cabo el mantenimiento y control de la relación de negocio que nos vincula

Según el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y supresión dirigiéndose por escrito a COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS DE MADRID, Plaza DE ESPAÑA 10., 28008, MADRID, o al correo electrónico info@csm.es

Madrid, a.....de.....de.2020.
(Firma del solicitante)



<p>Solo en caso de <u>Correduría o Correduría de Reaseguros:</u></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 autorización:.....</p> <p>Organismo.....</p>
<p>Solo en caso de <u>Agencia:</u></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 <u>Agente o de Agencia (indistintamente, exclusivos ó vinculados):</u></p> <p>Entidad/es con la/s que tiene Contrato de Agencia</p> <p>.....</p> <p>Ramos.....</p>

DOCUMENTACION Y REQUISITOS

En todos los casos:

- Fotocopia del DNI
- Cumplimentar Ficha Profesional

han de acreditar **(en cualquier medio válido en Derecho)**

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

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 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 en la actividad o incurra en causa de incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.

DOCUMENTOS APORTADOS

.....

.....

.....

.....

.....

FICHA PROFESIONAL

Estudios:.....

Títulos Académicos:.....

Idiomas:.....

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

Otros:.....

Otros datos a cumplimentar por el solicitante:

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:..... D.C.....Nº de cuenta:.....(10 dígitos).

IBAN:

INFORME DE LA COMISIÓN DE COLEGIACIÓN:

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

<input checked="" type="checkbox"/>	FAVORABLEMENTE
<input type="checkbox"/>	DESFAVORABLEMENTE

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

ACUERDO DEL ORGANO COMPETENTE DEL COLEGIO:

La **JUNTA DE GOBIERNO** en su reunión de fechahabiendo examinado la documentación y conforme al informe de la Comisión de Colegiación, ha tomado el siguiente acuerdo **COLEGIAR AL TITULAR DE LA PRESENTE** de lo que doy fe.

MADRID, a.....de.....de 2020.
(el Secretario)

Vº Bº
El Presidente