

Solicitud de Inactividad



Datos del titular

Nombre y Apellidos: _____ con DNI/NIF: _____
y miembro del Colegio Oficial de Ingenieros industriales de la Comunitat Valenciana Demarcación de Valencia,
Nº Colegiado: _____ Email: _____ Teléfono: _____

Solicito

Cambio en la modalidad de ejercicio profesional pasando a la modalidad e Asegurado Inactivo por Cese Definitivo y permanente de la actividad motivado por (marque la situación en la que se encuentre):

- Jubilación
- Incapacidad Profesional
- Fallecimiento
- Cese definitivo y permanente de cualquier actividad relacionada con la Ingeniería Industrial:
Descripción de la situación:

*Esta situación deberá ser evaluada y aprobada por la Compañía de Seguros a efectos de considerarse asegurado inactivo.

CONFIRMO y declaro que es veraz el CESE DEFINITIVO Y PERMANENTE de mi actividad en la realización de cualquier tipo de trabajo relativo a la profesión de la Ingeniería Industrial.

Y para que así conste a los efectos oportunos, lo firmo en: _____ a _____ de _____ de 20 _____

Avisos importantes

Mediante la firma del presente escrito, el colegiado manifiesta ser consciente y acepta que cualquier información aquí declarada y reflejada que no se ajuste a su situación real conllevará la no consideración del colegiado como asegurado y por tanto a la no cobertura de una posible reclamación.

En caso de que el colegiado inactivo vuelva a iniciar su actividad, deberá darse de alta inmediatamente en la modalidad de ejercicio correspondiente para gozar de la cobertura de la póliza.

El colegiado conoce que para mantener la condición de asegurado deberá permanecer colegiado en el Colegio Tomador del Seguro. En todo momento el colegiado debe estar en disposición de acreditar documentalmente su inactividad.

A través del presente boletín de solicitud de cambio de modalidad el Asegurado manifiesta su deseo de cambio a la modalidad de inactivo, quedando ésta supeditada a la aceptación de la misma por la Compañía.

Solicitamos su autorización para el envío de información comercial sobre productos y servicios que puedan ser de su interés. SI NO

Firma Asegurado/a: _____