ALKORA GRUPO VERSPIEREN

Boletín de Adhesión Seguro RC Profesional 2026
ILUSTRE COLEGIO DE LA ABOGACÍA DE BIZKAIA

Ilustre Colegio de la Abogacía de Bizkaia
Bizkaiko Abokatuen Elkargo Ohoretsua

Boletín de adhesión a la cobertura complementaria de Responsabilidad Civil Profesional en exceso de la póliza suscrita por el **Ilustre Colegio de la Abogacía de Bizkaia**, a través de la correduría de seguros Alkora, con la compañía AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros.

DATOS PERSONALES

Tomador del seguro: ○ Sociedad. ○ Persona física.

Nombre: _____ NIF/CIF: _____

Asegurado/a: _____ NIF/CIF: _____

Domicilio: _____ C. P.: _____ Población: _____

Teléfono: _____ Email: _____ Nº Colegiado: _____

OPCIONES DE AMPLIACIÓN EN EXCESO DE 750.000 € (seleccione la opción elegida):

Capital Asegurado / Garantía Complementaria	CAPITAL TOTAL ASEGURADO	CAPITAL TOTAL ASEGURADO ADMINISTRADOR CONCURSAL	PRIMA TOTAL
○ **250.000 €** en exceso de 750.000 € para la actividad de abogacía	1.000.000 €	750.000 €	74,70 €
○ **400.000 €** en exceso de 750.000 € para la actividad de abogacía	1.150.000 €	750.000 €	101,70 €
○ **850.000 €** en exceso de 750.000 € para la actividad de abogacía	1.600.000 €	750.000 €	137,50 €
○ **1.150.000 €** en exceso de 750.000.-€ para la actividad de abogacía	1.900.000 €	750.000 €	166,90 €
○ **1.620.000 €** en exceso de 750.000 € para la actividad de abogacía	2.370.000 €	750.000 €	226,60 €
○ **2.620.000 €** en exceso de 750.000 € para la actividad de abogacía	3.370.000 €	750.000 €	286,20 €
○ **400.000 €** en exceso de 750.000 € tanto para la actividad de ABOGACIA Y para la actividad de ADMINISTRADOR CONCURSAL.	1.150.000 €	1.150.000 €	463,70 €
○ **1.100.000 €** en exceso de 750.000 € tanto para la actividad de ABOGACÍA Y para la actividad de ADMINISTRADOR CONCURSAL.	1.850.000 €	1.850.000 €	570,70 €
○ **2.600.000 €** en exceso de 750.000 € tanto para la actividad de ABOGACÍA Y para la actividad de ADMINISTRADOR CONCURSAL.	3.350.000 €	3.350.000 €	856,00 €

La contratación de cualquiera de ellas elimina la franquicia

¿Tiene conocimiento de circunstancia alguna que pueda dar lugar a una reclamación contra usted? ○ **SI** ○ **NO**
En caso de alguna respuesta anterior afirmativa, remitiremos este boletín a la compañía aseguradora para su valoración definitiva.

Solicitamos su autorización para el envío de información Comercial sobre productos y servicios que puedan ser de su interés ○ **SI** ○ **NO**

DATOS BANCARIOS

Titular: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Domiciliación bancaria (IBAN): ES _____

Le informamos que ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.U. es una correduría de seguros que tratará los datos facilitados a través del siguiente formulario para proceder a la domiciliación de cobros a realizar, así como para el cumplimiento de imperativos legales derivados de los mismos. Sus datos no serán comunicados a terceros salvo por obligación legal. Podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, a través de la siguiente dirección: ejerciciodederechosrgpd@alkora.es. También puede contactar con nuestro DPO (dpo@alkora.es) para trasladarle cualquier tipo de queja, duda o consulta con respecto al tratamiento de sus datos. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en https://www.alkora.es/politicadeprivacidad/

DATOS QUE SE SOLICITAN A CONTINUACIÓN Y ENVÍELO AL E-mail: abogados@alkora.es
Estamos a su disposición para cualquier consulta o aclaración también en el teléfono: 944 65 27 81

A través de la cumplimentación de este boletín el interesado manifiesta su deseo de adhesión a la póliza de referencia, quedando ésta supeditada, en todo caso, a la aceptación de la misma por parte de la Compañía, y no teniendo este documento naturaleza contractual.

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos. El Asegurado se compromete a informar a la Compañía de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

La solicitud de seguro deberá ser cumplimentada en su totalidad, firmada y fechada.

Fecha: _____ Firma Asegurado: _____ Firma Titular de la Cuenta: _____

Le informamos que ALKORA EBS CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.U. es una correduría de seguros que tratará los datos facilitados a través del siguiente formulario para la suscripción y gestión de la póliza solicitada, prestación de los servicios contratados, tramitación de reclamaciones y siniestros, así como para el envío de comunicaciones comerciales sobre productos de seguros. Sus datos no serán comunicados a terceros salvo por obligación legal. Podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional, a través de la siguiente dirección: ejerciciodederechosrgpd@alkora.es. También puede contactar con nuestro DPO (dpo@alkora.es) para trasladarle cualquier tipo de queja, duda o consulta con respecto al tratamiento de sus datos. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en https://www.alkora.es/politicadeprivacidad/