



CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES  
DE CATALUNYA

**Ref. 42/12/SRP/COMB**

## **AL SERVEI DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL DEL CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA**

El/La sotasignat, Dr./Dra. ...., col·legiat/da al Col·legi de Metges de Barcelona, amb el número .....

### **MANIFESTA,**

**1)** Que ha tingut coneixement de la decisió del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya d'aplicar una reducció en l'import de la prima de la pòlissa col·lectiva d'assegurança de responsabilitat civil professional pels metges col·legiats assegurats que exerceixin la professió exclusivament en una plaça o lloc de treball de **Metge Pediatre** en l'àmbit de l'assistència sanitària pública o concertada amb l'administració pública, i que així ho demanin.

**2)** Que aconsegueix amb les condicions esmentades i li interessa li sigui aplicada una reducció de prima. Per això, formula la següent **DECLARACIÓ RESPONSABLE**:

- 1) Que desenvolupa l'activitat de metge pediatre en l'àmbit de l'atenció primària de la sanitat pública o concertada amb l'administració pública.
- 2) L'activitat indicada la realitza en el següent centre: .....  
.....  
.....
- 3) Que exerceix aquesta activitat en exclusiva, i en conseqüència no exerceix la professió en cap altra centre o empresa, ni per compte pròpia ni per compte aliena.
- 4) Que s'obliga a comunicar al Servei de Responsabilitat Professional del CCMC qualsevol variació de les circumstàncies relatives al seu exercici professional que el puguin excloure de la reducció que es demana.
- 5) Que sap que la seva declaració està sotmesa a verificació, en qualsevol moment, del Servei de Responsabilitat Professional del CCMC o del col·legi professional al que pertany.

**I DEMANA,** que es procedeixi a una reducció de l'import a pagar de la prima de la pòlissa col·lectiva de RC en la forma interessada.

CLÀUSULA LOPD : El/la sotasignat manifesta que ha estat informat/da i coneix:

I) que de conformitat amb la Llei 15/1999, de 15 de Desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les seves dades personals seran incorporades a un fitxer titularitat del CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES DE CATALUNYA (CCMC) amb la finalitat de tramitar la seva sol·licitud així com per gestionar i tramitar, amb la intervenció del Servei de Responsabilitat Civil Professional del CCMC de conformitat amb l'establert en el contracte d'assegurança, els sinistres i defensa jurídica, en l'àmbit de la pòlissa col·lectiva de Responsabilitat Civil Professional. Pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant comunicació escrita dirigida a la Secretaria Operativa del CCMC, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona (ref. "tractament de dades").

II) que les seves dades personals seran incorporades, també, a un fitxer titularitat de MEDICORASSE CORREDURIA DE SEGUROS DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA SAU, en la seva condició de mediadora de la pòlissa i, en conseqüència, per a donar compliment a les funcions derivades de la Llei 26/2006 de Mediació d'Assegurances i Reassegurances Privades.

Pot exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant comunicació escrita dirigida a MEDICORASSE CORREDURIA DE SEGUROS DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA SAU, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona o adreçant un correu electrònic a [medicorasse@med.es](mailto:medicorasse@med.es) (ref. "tractament de dades").

Barcelona, ..... de ..... de .....

Signatura: