



El Colegio Oficial de Ingenieros de Telecomunicación ha contratado una póliza de Accidentes con la Compañía Generali a través de UBICA Correduría de Seguros S.A. Las Principales características de este seguro son:

- Asegurados: Ingenieros miembros del COIT inscritos en su registro
- Cobertura: 24 horas
- Duración: Anual
- Límite por asegurado en coberturas y capitales:
  - Fallecimiento por Accidentes: 18.000€
  - Invalidez permanente absoluta por accidente y parcial según baremo : 18.000€
- Posibilidad de Ampliación Voluntaria de los capitales de indemnización hasta 42.000€, 102.000€ o 162.000€ en exceso del límite básico de 18.000€.
- Delimitación Geográfica : Mundial
- Anualmente Generali facilitará a UBICA y Al COIT un listado de asegurados para comprobar que estos siguen asociados. En caso de no ser así, el antiguo colegiado podrá mantener la póliza, pero no continuará con las mismas ventajas.

### SOLICITUD DE AMPLIACIÓN VOLUNTARIA DEL SEGURO DE ACCIDENTES 2014

A través del presente documento el colegiado manifiesta su deseo de suscribir la AMPLIACIÓN de la suma asegurada del seguro de Accidentes que el Colegio Oficial de Ingenieros de Telecomunicación tiene contratado a través de UBICA Correduría de seguros con la compañía aseguradora Generali

**Por favor cumplimente los datos que se solicitan a continuación y envíelo a:**

**UBICA Correduría de Seguros S.A.**



**Fax: 91 356 31 97. Telf: 902 998 112 / 91 758 67 99 email: [ammaroto@ubicaseguros.com](mailto:ammaroto@ubicaseguros.com)**

Tramos en Exceso de 18.000€	Prima Anual ( Incluyendo Impuestos)	Señale la opción elegida
42.000€ en Fallecimiento e.I.P.A.	23.28€	<input type="checkbox"/>
102.000€ en Fallecimiento e.I.P.A.	50.50€	<input type="checkbox"/>
162.000€ en Fallecimiento e.I.P.A.	79.20€	<input type="checkbox"/>

**Datos Personales:**

Nombre y Apellidos..... Nº Colegiado.....  
 Nif..... Fecha de Nacimiento..... Telf. De Contacto.....  
 Email..... Domicilio.....  
 Población..... C. Postal..... Provincia.....

**Domicilio de Cobro**

ES..... Entidad ..... Oficina ..... D.C..... Nº Cuenta.....

Hecho y firmado en el de de

EL SOLICITANTE DEL SEGURO