



COLEGIO DE MEDIADORES DE SEGUROS DE LA REGIÓN DE "MURCIA"

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN COMO:		AGENTE EXCLUSIVO DE SEGUROS	
Agente Exclusivo	<input type="checkbox"/>	Agente Vinculado	<input type="checkbox"/>
Corredor de Seguros	<input type="checkbox"/>	Corredor de 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"/>

Foto DNI
a color y actualizada

Colg. Núm.

DATOS PERSONALES:			
1º Apellido	<input type="text"/>	2º Apellido	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	D.N.I.	<input type="text"/>
		Fecha nacimiento	<input type="text"/>
Lugar	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>

DATOS PARTICULARES:			
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Móvil	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>

DATOS PROFESIONALES:			
Domicilio	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
		Provincia	<input type="text"/>
Teléfonos	<input type="text"/>	Móvil	<input type="text"/>
		Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

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 la I.O.3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD) y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de datos personales de las personas físicas (RGPD), le informamos que los mismos son los por usted facilitados y se encuentran registrados en el fichero propiedad de este COLEGIO.

Podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales, enviándonos un e-mail a la dirección colegio.murcia@cmsrm.es.

a, de de
(firma del solicitante)

Nombre y Apellidos del solicitante

Solo en caso de Sociedades: "CORREDURÍAS / AGENCIAS EXCLUSIVAS O VINCULADAS"

Nombre de la Sociedad

C.I.F.

Clase de sociedad

Cargo del solicitante

Domicilio

C.P.

Localidad

Tfnos.

Fax

E-mail

(Solo para Corredurías o Agencias Vinculadas): **Autorización DGSFP - Clave**

Fecha

Autorización Nacional o Autonómica

Departamento de Atención al Cliente Correduría a través de:

Para Agencias Exclusivas: **Inscripción en el Registro DGSFP - Clave**

Fecha

Para Agencias Exclusivas o Vinculadas: Entidad/es con la/s que tiene Contrato de Agencia

Ramos

Solo en caso de "CORREDORES / AGENTES EXCLUSIVOS O VINCULADOS"

Corredor de Seguros: **Autorización DGSFP - Clave**

Fecha

Agente Vinculado: **Autorización DGSFP - Clave**

Fecha

Departamento de Atención al Cliente del Corredor a través de:

Agente Exclusivo: **Inscripción en el Registro DGSFP - Clave**

Fecha

Entidad/es con la/s que tiene Contrato de Agencia

Ramos

DOCUMENTACIÓN Y REQUISITOS:

En todos los casos:

- | | |
|--|---|
| 1. 1 Fotografía tamaño carnet | 2. Fotocopia D.N.I. |
| 3. Tener capacidad legal para ejercer el comercio (anexo a) | 4. No estar incurso en causa de incompatibilidad (anexo b) |
| 5. No estar inhabilitado para el ejercicio profesional (anexo c) | 6. Declaración de tener suscrito contrato mercantil (anexo 1) |

Nombre y Apellidos del solicitante

Agentes Vinculados y Corredores (bien sean personas físicas o jurídicas):

■ Acreditación de haber superado el solicitante el curso de formación o prueba de aptitud en materias financieras y de seguros privados, **adjuntando fotocopia** del (*Título de Agente / Título de Agente y Corredor de Seguros / Diploma de Mediador de Agente Titulado, Certificado Grupo A o Nivel 1*) que faculte para el ejercicio de la profesión.

Agentes Exclusivos o Agencias Exclusivas (anexo 1):

■ 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.

Agentes Vinculados o Agencias Vinculadas (anexo 2 o 2.1):

■ Mediante **declaración formal, según modelo**, tener contrato mercantil de agencia en vigor con entidades aseguradoras autorizadas o habilitadas para operar en España, que les confiera la condición de agente de las mismas y su inscripción si actúan por cuenta propia en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Si actúan por cuenta de una sociedad de agencia de seguros, la inscripción de esta sociedad y la acreditación de su representación.

Corredores o Corredurías (anexo 3 o 3.1):

■ Mediante **declaración formal, según modelo**, no tener suscrito contrato de agencia con entidad aseguradora y su inscripción en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. 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 aplicable en los siguientes casos:

■ Cuando se posea el (*Título, Diploma, Certificado Grupo A o Nivel 1*) que faculte para el ejercicio de la profesión y no se ejerza la actividad profesional; o cuando estando como "ejerciente" (*las modalidades de colegiación*) haya cesado en la actividad o incurra en causa de incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.

Ficha profesional y otros datos a cumplimentar por el solicitante:

Estudios

Titulos académicos

Idiomas

Pertenece a alguna Asociación (Seguros)

Otros

¿En que dirección desea recibir la correspondencia colegial?

Profesional

Particular

¿Cotiza en Autónomos?

¿Por qué actividad?

¿Tiene empleados a su cargo afiliados a la Seguridad Social en la rama de Seguros?

¿cuántos?

¿y Auxiliares Externos?

, Además de la actividad de seguros ¿qué otras desarrolla o ejerce?

De tener el Título / Diploma de Mediador de Seguros / Certificado Grupo A o Nivel 1, indique número de Registro y

fecha de expedición. Número:

, Fecha:

adjuntando fotocopia para constancia en mi expediente.

Nombre y Apellidos del solicitante

Datos bancarios:

Para agilizar los cobros correspondientes a las cuotas colegiales u otros posibles cobros de otros servicios, indíquenos donde deben presentarse.

IBAN	BANCO	SUCURSAL	D.C.	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Entidad bancaria (indicar nombre)

Domicilio

Localidad

INFORME DE LA COMISIÓN DE COLEGIACIÓN:

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

<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="FAVORABLEMENTE"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="DESFAVORABLEMENTE"/>

Por los siguientes motivos:

ACUERDO DEL ÓRGANO COMPETENTE DEL COLEGIO:

La , en su reunión de fecha habiendo examinado la documentación de solicitud de colegiación, ha tomado el siguiente Acuerdo
 , de lo que doy fe.

Murcia a, de de

(El Secretario)

Vº Bº
El Presidente

DECLARACIÓN SOLEMNE DE TENER CAPACIDAD LEGAL PARA EJERCER EL COMERCIO
(AGENTE EXCLUSIVO DE SEGUROS)

D. / Dña. con N.I.F.
mayor de edad, con domicilio en
C.P. Localidad Provincia

SOLEMNEMENTE DECLARO:

Tener buena reputación, de reconocida capacidad y conducta moral intachable, con las condiciones necesarias para ejercer la actividad de mediación de seguros.

Y para que conste ante el Colegio de Mediadores de Seguros de la Región de Murcia, firmo la presente

declaración en a de
de

(firma)

(Anexo b)

DECLARACIÓN SOLEMNE DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSA DE INCOMPATIBILIDAD
(AGENTE EXCLUSIVO DE SEGUROS)

D. / Dña. con N.I.F.
mayor de edad, con domicilio en
C.P. Localidad Provincia

SOLEMNEMENTE DECLARO:

No estar incurso en causa de incompatibilidad para el ejercicio de la actividad de **Agente de Seguros Exclusivo**, conforme a lo previsto en la Ley/26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, en su artículo 19.

Y para que conste ante el Colegio de Mediadores de Seguros de la Región de Murcia, firmo la presente declaración en a de
de

(firma)

DECLARACIÓN SOLEMNE DE NO ESTAR INHABILITADO PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL
(AGENTE EXCLUSIVO DE SEGUROS)

D. / Dña. con N.I.F.
mayor de edad, con domicilio en
C.P. Localidad Provincia

SOLEMNEMENTE DECLARO:

No estar inhabilitado para el ejercicio de la actividad de **Agente Exclusivo de Seguros**, ni encontrarme suspendido en funciones de dirección de entidades aseguradoras o de sociedades de mediación en seguros privados, conforme a lo previsto en la Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados y en los artículos 41 y siguientes de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, sobre Ordenación y Supervisión del Seguro Privado.

Y para que conste ante el Colegio de Mediadores de Seguros de la Región de Murcia, firmo la presente declaración en a de
de

(firma)

DECLARACIÓN SOLEMNE DE TENER CONTRATO MERCANTIL CON ENTIDAD ASEGURADORA (AGENTE EXCLUSIVO DE SEGUROS)

D. / Dña. con N.I.F.
mayor de edad, con domicilio en
C.P. Localidad Provincia

Ante el Colegio de Mediadores de Seguros comparece y como mejor proceda en Derecho,

DECLARA:

- Tener contrato mercantil de **Agente Exclusivo de Seguros** en vigor, con la Entidad Aseguradora formalizado en fecha **rtando copia de este para su inclusión en mi expediente.**

Y para que conste ante el Colegio de Mediadores de Seguros de la Región de Murcia, firmo la presente declaración end
de

(firma)