



**COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE ZARAGOZA**

SELLO REGISTRO COMZ

| | | |
|---|------------|-------------|
| SOLICITUD DE BONIFICACIÓN EN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (20 % DE LA CUOTA DEL SEGURO DE R.C. ABONADA DURANTE EL PERIODO DE BAJA POR MATERNIDAD O PATERNIDAD) | AÑO | 20__ |
| | | |

| | |
|--------------------|--------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE | Nº COLEGIADO |
| | |

| | |
|---------------------------|--------|
| DOMICILIO FISCAL COMPLETO | N.I.F. |
| | |

| |
|-------------------------|
| NÚMERO DE CUENTA - IBAN |
| E S |

| |
|---------------------------------|
| TELÉFONO DE CONTACTO |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |

JUSTIFICACIÓN DOCUMENTAL QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD:
(El plazo de presentación no podrá ser superior a 3 meses a contar desde el día de inicio de la baja)

- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad.
- Certificado del banco que acredite la titularidad de la cuenta bancaria donde se solicita la devolución.
- Justificante de Baja por maternidad o paternidad

Imprescindible cumplimentar apartado que corresponda en cada caso:

| | | | | |
|---------------------|------------------|--|------------------------|--|
| BAJA POR MATERNIDAD | FECHA DE INICIO: | | FECHA DE FINALIZACIÓN: | |
| BAJA POR PATERNIDAD | FECHA DE INICIO: | | FECHA DE FINALIZACIÓN: | |

Observaciones (Cualquier información que considere necesaria):

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|---|
| <p>Esta solicitud junto con la justificación documental requerida, deberá ser presentada en el Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza mediante correo electrónico dirigido a contabilidad@comz.org en un plazo no superior a 3 meses desde el inicio de la Baja por maternidad o paternidad.</p> <p>No se admitirá ninguna solicitud recibida fuera de plazo.</p> | <p>Zaragoza, a de de 20__</p> <p>Firmado: _____</p> |
|--|---|

NOTA INFORMATIVA:

Cada trimestre se cobrará la cuota del Seguro de R.C. completa. Al finalizar el periodo bonificado se devolverá en la cuenta facilitada a tal efecto, el 20 % de las cuotas abonadas en la proporción que corresponda.

Los datos recabados en esta ficha deberán ser actuales y verídicos, siendo responsabilidad del interesado a efectos de la legislación vigente, la falsedad o inexactitud de los mismos. Serán incorporados a los ficheros físicos y/o automatizados, propiedad del ICOMZ, siendo empleados con fines de gestión colegial, cumplimiento estatutario y/o legislativo. Conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, las personas legitimadas podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Para ello deberán dirigirse mediante carta a la Secretaría General del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza (C/ Paseo Ruiseñores 2 - 50006-Zaragoza) o por correo electrónico a lopd@comz.org