

Ramo: 40	N.º Póliza:	Alta: <input type="checkbox"/>	Suplemento: <input type="checkbox"/>	Póliza Reemplazada:
Cod. Gestor:	Cod. Comercial:	Cod. Tramitador:		Fecha de vencimiento:
Fecha Efecto:	Horas del:	N.º Mutualista:		
Forma de Pago:	Duración:			

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO**TIPO MUTUALISTA:**

Nombre	1º Apellido	2º Apellido
Nombre Sociedad		
Domicilio		
Localidad	Provincia	C.P.
Fecha Nacimiento	N.I.F./C.I.F.	Profesión / Actividad
Tfno. Fijo	Tfno. Móvil	Correo Electrónico

DATOS BANCARIOS

Pagador Alternativo (Nombre y Apellidos si existe)				
C.C.C.	Código	Sucursal	D.C.	N.º Cta.
Banco / Caja		Domicilio		
Localidad	Provincia	C.P.		

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:	1º Apellido:	2º Apellido:
Profesión:	Especialidad:	N.I.F.:
Domicilio:		
Localidad:	C.P.:	Provincia:
Tlf. Fijo:	Tlf. Móvil:	Correo Electrónico:

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Fecha de nacimiento:	Estado Civil:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Usa motocicleta o ciclomotor habitualmente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Deporte habitual:	
¿Ha padecido alguna limitación grave o tiene alguna limitación física?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, explique detalles e indique la fecha:	
¿Tiene contratado algún otro seguro de Accidentes en esta Mutua u otra Compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Entidad:	
Entidad:	Capitales asegurados:	

BENEFICIARIOS (VER DORSO)**GARANTÍAS BÁSICAS****CAPITAL****PRIMA NETA**

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE		
INVALIDEZ PARCIAL O TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE		

DESEA CONTRATAR BAREMO AMPLIADO SI NO

GARANTÍAS OPTATIVAS (Cap. Adicional)

FALLECIMIENTO EN ACCIDENTE DE TRÁFICO		
INVALIDEZ PARCIAL O TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE TRÁFICO		
MUERTE DE LOS DOS CÓNYUGES EN UN MISMO ACCIDENTE		
FALLECIMIENTO POR INFARTO DE MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE		
INVALIDEZ PROFESIONAL TOTAL O PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE		
SUBSIDIO PARA HIJOS MENORES DE 18 AÑOS O MAYORES INCAPACITADOS POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE		
Fecha Nacimiento Hijo Menor: / /		
Incapacitados: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
GASTOS DE TRASLADO E INHUMACIÓN POR ACCIDENTE		
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE		
HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE		
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ACCIDENTE		

	PRIMA NETA ANUAL	IMPUESTOS	TOTAL RECIBO
PRIMER RECIBO			

El que suscribe declara haber contestado, conforme a la verdad, la solicitud-cuestionario precedente, la cual forma parte integrante de las bases del contrato.

El Tomador autoriza expresamente a **A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija**, en su condición de Responsable del Fichero, a tratar sus datos personales en un fichero debidamente protegido e inscrito en la AEPD, con la finalidad de llevar a cabo la cotización de la prima de su seguro y la viabilidad del mismo, incluyendo la consulta a ficheros comunes de tarificación y selección de riesgos, así como posibles operaciones de coaseguro y reaseguro. Igualmente en los casos de cuestionarios de salud, se consiente expresamente la comunicación de los datos únicamente a efectos de la valoración del riesgo y cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales. El Tomador garantiza disponer de todas las autorizaciones necesarias para la comunicación a **A.M.A.** de datos personales relativos a los beneficiarios, asegurados u otros terceros, adscritos a la solicitud contractual solicitada. Sus datos serán utilizados, además para el envío de comunicaciones comerciales, incluidos por correo electrónico y SMS incluso aunque el seguro no sea contratado, para ofrecerles descuentos, ventajas o promociones de productos relativos al sector asegurador, salvo que indique expresamente lo contrario en la presente casilla Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta al Responsable del Fichero, en su domicilio social que se indica en el encabezamiento.

LA ENTIDAD

En _____, a las _____ horas, del _____ de _____
EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO

BENEFICIARIOS

(Salvo designación expresa, lo serán: el cónyuge, los hijos a partes iguales y los herederos legales).

NOMBRE Y APELLIDOS

PARENTESCO

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

OBSERVACIONES

En _____, a _____ de _____ de 20_____
EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO

¿Como ha contactado o conocido A.M.A.?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Revista A.M.A. en Marcha | <input type="checkbox"/> Mailings / cartas publicitarias | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Publicidad revistas sanitarias | <input type="checkbox"/> Otro mutualista | <input type="checkbox"/> TV / Prensa / Radio |
| <input type="checkbox"/> Colegios Profesionales | <input type="checkbox"/> Congresos / eventos / seminarios | <input type="checkbox"/> Otros |