

SOLICITUD-CUESTIONARIO DE AMPLIACION DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL COLEGIO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ARAGON

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO:

Apellidos y Nombre:		
N.I.F.:	Fecha Nacimiento:	Teléfono móvil:
Domicilio:		
Código Postal:	Localidad:	
Email:		
Número de colegiado:		

DATOS BANCARIOS

NUMERO DE CUENTA/IBAN: ES _____

CAPITAL AMPLIADO EN EXCESO DE 150.000.- €:

CAPITAL	PRIMA TOTAL ANUAL	MARCAR
150.000.- €	48,63.- €	
450.000.- €	85,97.- €	
750.000.- €	158,44.- €	
1.000.000.- €	194,49.- €	

Fecha de efecto de la póliza:

Si desea información de otros seguros comercializados por nuestra entidad, marque la casilla correspondiente y a la mayor brevedad nos pondremos en contacto con Vd., para estudiar su caso y ofrecerle la solución más idónea,

Automóvil
 Multirriesgo del Hogar
 Accidentes Individual – Baremo ampliado Dentistas
 Multirriesgo Consultas Clínicas Odontológicas
 Responsabilidad Civil para Sociedades Clínicas

El Tomador autoriza expresamente a A.M.A. Agrupación Mutua 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 APD, con la finalidad de llevar a cabo la cotización de la prima de sus 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 valoración del riesgo y cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales. El Tomador garantiza disponer de todas las autorizaciones necesarias para la comunicación con 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 los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta al Responsable del Fichero, en su domicilio social en Parque Empresarial Cristalia, Edificio 4, Vía de los Poblados 3, 28033.- Madrid.

En Zaragoza , a _____ de _____ de 202 ____
FIRMADO:

ENVIAR por Email a: Zaragoza@amaseguros.com