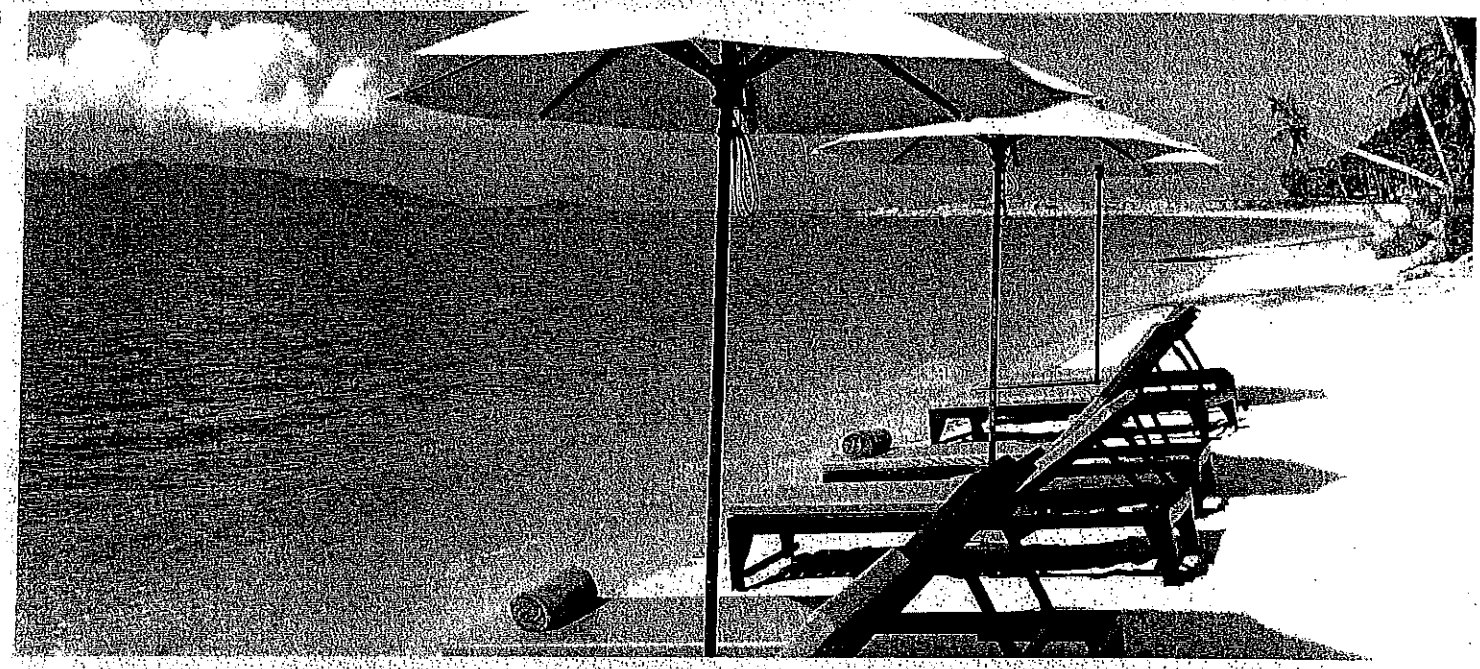
A.M.A. agrupación mutual aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

PROMOCIÓN EXCLUSIVA NUEVOS COLEGIADOS

Seguro de Viajes



Cuente con la más completa asistencia en viaje, esté donde esté

- ✔ COBERTURAS DE ASISTENCIA EN VIAJE EN CASO DE ACCIDENTE/ENFERMEDAD GRAVE O FALLECIMIENTO
- ✔ COBERTURA FRENTE A ACCIDENTES PERSONALES EN VIAJE
- ✔ RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA EN VIAJE
- ✔ VÁLIDO DURANTE 1 AÑO PARA TODOS SUS VIAJES DE DURACIÓN INFERIOR A 90 DÍAS

Nombre y Apellidos _____ D.N.I. _____

Dirección _____

Población y C.P. _____ Fecha nacimiento _____

Teléfono _____ Email _____

A.M.A. OURENSE.
Juan XXIII, 21; bajo Tel. 988 37 25 32 orense@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS **PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com 902 30 30 10

A.M.A. agrupación mutual aseguradora

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

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.