

# SOLICITUD DE SEGURO DE R.C.P. Y PROTECCIÓN JURÍDICA PARA MIEMBROS DEL COLEGIO DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Fecha Efecto

Apellidos / Nombre

Fecha nacim.

Nº de Colegiado

Título profesional  NIF

Domicilio

Localidad

CP  Provincia

Teléfono  Teléfono Móvil

Correo electrónico

Código IBAN (24 dígitos) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Deseo contratar los seguros abajo señalados, con las exclusivas ventajas concertadas con el Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de la Comunitat Valenciana, de A.M.A. Seguros.

Póliza de Responsabilidad Civil Profesional:	750.000€
Póliza de Protección Jurídica Sanitaria:	6.000€
Total Prima Anual:	70,91€

Envíe por favor el presente documento por email a la dirección [valencia@amaseguros.com](mailto:valencia@amaseguros.com) y la compañía se pondrá en contacto con usted para suscribir las pólizas anteriormente mencionadas.

Si tiene cualquier duda, estamos a su servicio en el **963 94 08 22**.

**LA CONFIANZA ES MUTUAL**  
**www.amaseguros.com 902 30 30 10**



Este documento no tiene valor contractual alguno, mientras que no se acepte el riesgo, se emita la póliza y se abone el recibo correspondiente.

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 titular de los datos autoriza a A.M.A., AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, 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 el presupuesto solicitado, 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 solicitante 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 al presupuesto solicitado.

Le informamos que sus datos podrán ser utilizados, incluso aunque el seguro no sea contratado o una vez finalizada la relación contractual, para la realización de encuestas de satisfacción y de calidad del servicio con la finalidad de evaluar los resultados y mejorar nuestros servicios, incluso de forma personalizada.

Sus datos así como los de los intervinientes, serán utilizados, además, para el envío de comunicaciones comerciales, incluido el envío por medios electrónicos, incluso aunque el seguro no sea contratado o una vez finalizada la relación contractual, para ofrecerles descuentos, ventajas o promociones de productos relativos al sector asegurador. Salvo indicación en contrario en la presente casilla  da su consentimiento para que se puedan utilizar sus datos con los fines indicados. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse mediante carta, adjuntando fotocopia de su DNI, dirigida al Responsable del Fichero, A.M.A., en su domicilio social Vía de los Poblados 3, Edificio 4, Parque Empresarial Cristalía, 28033 Madrid.