

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

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	Tipo Centro
Correo Electrónico		

DATOS BANCARIOSPagador 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/S

Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Dirección:	Tfno:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:
Beneficiarios	Apellidos y Nombre:	%:
	Apellidos y Nombre:	%:
	Apellidos y Nombre:	%:
N.I.F.:		
Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Dirección:	Tfno:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:
Beneficiarios	Apellidos y Nombre:	%:
	Apellidos y Nombre:	%:
	Apellidos y Nombre:	%:
N.I.F.:		
Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Varón <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Dirección:	Tfno:	
Localidad:	C.P.:	Provincia:
Beneficiarios	Apellidos y Nombre:	%:
	Apellidos y Nombre:	%:
	Apellidos y Nombre:	%:
N.I.F.:		

CUADRO DE GARANTÍAS Y PRIMAS

MODALIDADES		Nº PERSONAS	SITUACIÓN DEL RIESGO		Pr. Neta
<input type="checkbox"/>	MULTIRRIESGO DE VIAJE EN VACACIONES (Máximo 90 días consecutivos de viaje)				
<input type="checkbox"/>	MULTIRRIESGO DE VIAJE POR ESTUDIOS (De 1 a 12 meses de viaje)		Europa	Resto del Mundo	
	<input type="checkbox"/> Asistencia en Viaje				
	<input type="checkbox"/> Accidentes Personales				
	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Privada en Viaje				
<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA FAMILIAR EN VIAJE	Días			
		15			
		30			
		45			
		60			
					PRIMA NETA

PRIMA DEL SEGURO

	PRIMA NETA	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.

En _____ a las _____ del _____ de _____ de 20____
LA ENTIDAD EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO