



D/Dña..... Veterinario/a,
Licenciado/Graduado/ Doctor en Veterinaria (1), D.N.I....., con residencia
en....., Calle/plaza N°.....Provincia.....
Y Teléfono..... según lo determinado en los vigentes Estatutos Generales de la
Organización Colegial Veterinaria Española y Estatutos del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de
Granada (BOJA 16/4/09), SOLICITA el ingreso en ese Colegio, como colegiado(2),
para lo que acompaña los documentos elegidos:

- a) Título profesional o copia legalizada o resguardo de los derechos del título con Certificación académica.
- b) Certificado del colegio de procedencia / declaración jurada haciendo constar que no ha ejercido la profesión (1).
- c) Fechas de alta y baja del Colegio de procedencia (en su caso) y motivos de la última.
- d) declaración jurada por la que se compromete a aceptar en todas sus partes los Estatutos de la Organización Colegial Veterinaria y Estatutos del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Granada y que asegura no estar incapacitado para el ejercicio de la profesión, así como que carece de antecedentes penales.
- e) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad.
- f) Dos fotografías (modelo D.N.I.)

Que desea actuar:

- Veterinario/a ejerciente (cuota 90 euros/trimestre):

Como Veterinario de Empresa en la firma
.....dedicada a y ubicada en ,
en la que su función será de

Como Veterinario en ejercicio libre en la faceta,(3) con domicilio profesional en la provincia de

-Como Veterinario funcionario al servicio de(4)

- Veterinario/a no ejerciente (cuota 82,95 euros/trimestre)

- Veterinario/a desempleado (cuota 0 euros/trimestre)

Que a efectos de formalización del expediente personal correspondiente, al dorso de la presente consigna los datos complementarios para él mismo, que avala con su firma.

....., a..... de de

ILMO. SR. PRESIDENTE ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE GRANADA

(1)Táchese lo que no corresponda. (2) Ejerciente – No ejerciente – Voluntario.(3) Clínica, sanitaria, zootécnica u otra(especificar). (4) Administración Estatal, Autonómica o Local.



*ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS
GRANADA*

DORSO QUE SE CITA

El Veterinario que suscribe, a efectos de formalización de su expediente,
Declara bajo su responsabilidad lo siguiente:

Natural de
Fecha de nacimiento
Facultad donde cursó sus estudios
Diplomas o Especialidades
.....
Otros Títulos
.....

HISTORIAL PROFESIONAL

Día	Mes	Año	Cargos que ha desempeñado y los que desempeña
.....
.....
.....
.....

A efectos de PRESTACIONES SOCIALES, declara se de estado
con D./D^a nacido en
el de de y que en el día de la
fecha si/no tiene hijos posibles beneficiarios, para lo que consigna los hijos solteros:

Nombre y apellidos de los hijos	FECHA DE NACIMIENTO		
	Día	Mes	Año
.....
.....
.....

..... a de de

Fdo.....



*ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS
GRANADA*

DECLARACION JURADA

D/Dña.....
Licenciado/Doctor en Veterinaria (1), D.N.I....., con
residencia en....., Calle/plaza.....

declara bajo juramento lo siguiente:

Que me comprometo a aceptar los Estatutos de la Organización Colegial Veterinaria y Estatutos del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Granada y aseguro no estar incapacitado para el ejercicio de la profesión, así como carecer de antecedentes penales.

Ena.....de.....20.....

Fdo.....

COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE GRANADA
PETICION DE DATOS PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE FICHEROS

APELLIDOS Y NOMBRE: _____
Nº COLEG.: _____ **NIF:** _____ **FECHA NAC.:** _____
LUGAR NAC.: _____ **SEXO:** _____
DOMIC. PERSONAL: _____
COD. POSTAL: _____ **LOCALIDAD:** _____ **PROVINCIA:** _____
TELF.: _____ **TELF. MOVIL.:** _____ **E-MAIL.:** _____

CENTRO DE TRABAJO: _____
DIRECCION PROFESIONAL: _____
COD. POSTAL: _____ **LOCALIDAD:** _____ **PROVINCIA:** _____
TELF.: _____ **TELF. MOVIL.:** _____ **E-MAIL.:** _____
FECHA TITULACION: _____ **FACULTAD:** _____
ESPECIALIDAD: _____ **DOCTOR:** Si No **FECHA DOCT:** _____

GRUPO:

FUNCIONARIOS Y PERSONAL DEPENDIENTE DE LA ADMON. PUBLICA:

AGRICULTURA SAS MISACO AYUNTAMIENTO DIPUTACION

VETERINARIOS CONTRATADOS POR EMPRESAS PUBLICAS:

DAP TRAGSA OTROS: _____

VETERINARIOS:

LIBRE CONTRATADO ADGS DOCENCIA JUBILADO

ESPECIALIDAD:

SANIDAD ANIMAL SALUD PUBLICA LABORATORIO PORCINO

EQUIDOS PEQUEÑOS RUMIANTES ANIMALES DE COMPAÑIA

APICULTURA PISCICULTURA AVICOLA CUNICOLA

OTROS: _____



Póliza:	
Tomador:	

Designación de Beneficiarios de Seguros Colectivos

¿Qué ventajas tiene designar Beneficiarios?

Como asegurado del seguro colectivo, puede designar a la persona o personas que recibirán la prestación asegurada en el caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado. Cualquier persona puede ser beneficiario de un seguro de vida y su designación puede ser realizada de forma expresa (con nombres y apellidos) o genérica (se indica el parentesco, por ejemplo: cónyuge, hijos, etc.). Si el asegurado no designa a ningún beneficiario en el seguro de vida, se aplicará el orden de prelación establecido en la póliza.

¿Por qué le solicitamos sus datos para la designación?

PSN ofrece la posibilidad de que el asegurado designe a esa persona para que sea Beneficiario de su seguro, es decir, a quién quiere que se destine la prestación. Para que quede constancia de la designación, se pone a su disposición el siguiente formulario al efecto:

Datos del Asegurado:	
Apellidos:	Nº de Asociado:
Nombre:	C.I.F.:
Domicilio:	Población:
C.P.: Provincia:	Teléfono/s: /
E-Mail:	Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____
Profesión:	Especialidad:
Nacionalidad:	

Designación de Beneficiarios:	
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padres
<input type="checkbox"/> Cónyuge y en su defecto hijos	<input type="checkbox"/> Hermanos
<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos a partes iguales	<input type="checkbox"/> Designación libre
<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Designación nominal _____	
Nombre y Apellidos _____	CIF / NIF / NIE / DNI _____
Nombre y Apellidos _____	CIF / NIF / NIE / DNI _____

(En caso de no designación, se estará a lo dispuesto en el orden de prelación excluyente determinado en las Condiciones Generales).

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?

Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante, PSN).

¿Con qué finalidad tratamos sus datos?

La formalización y gestión de la Póliza de Seguro, servicios accesorios a la misma y gestión comercial.

¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?

Le informamos que el uso de la información que nos proporciona está legitimada por la normativa de seguros (Art. 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y arts. 7 y 84 de la Ley de Contrato de Seguro) y, en consecuencia, por la normativa de Protección de Datos, de manera que pueda tener la total tranquilidad sobre el tratamiento de sus datos, sin perjuicio de que nos preste su consentimiento para finalidades de gestión comercial una vez finalizada la relación entre las partes.

¿A quién comunicaremos sus datos?

Los datos serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU y en caso de habernos dado su consentimiento, los datos facilitados le serán cedidos con la finalidad de remitirle información comercial por cualquier medio, incluidos los electrónicos sobre las actividades, servicios y productos en los que medie.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

El Cliente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.psn.es/politica-de-privacidad/>

He leído y acepto la información sobre Protección de Datos.

En _____ a _____ de _____ de 20____

EL ASEGURADO

EL ASESOR



A.M.A.
AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA
Mutua de Seguros a Prima Fija
de los Profesionales Sanitarios
Gran Vía de Colón, 46 - 18010 Granada
Tel.: 902 303 010/958 292 600 / Fax: 958 203 930
E-mail: granada@amaseguros.com

BIENVENIDA DE AMA A NUEVOS COLEGIADOS DE VETERINARIA.

A.M.A. La Mutua de los profesionales sanitarios, obsequia a todos los nuevos colegiados con un CARGADOR PORTATIL. Con este cargador portátil, podrá cargar sus dispositivos electrónicos sin necesidad de estar conectado a una toma de corriente.

Para ello, precisamos que nos cumplimente sus datos personales o profesionales, autorizándonos, al mismo tiempo, a remitirle información sobre los seguros de A.M.A., sin ningún tipo de compromiso.

Nombre:..... Apellidos:.....

NIF:..... Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....

Localidad:..... C.Postal.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Nº. Colegiado:.....(A cumplimentar por el Colegio)

Firma

En Granada a de de

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es P.S.N. Agrupación Mutua Aseguradora, Mutua de seguros a prima fija, con la finalidad de llevar a cabo el servicio solicitado. Con el envío de este formulario, usted otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, y oposición, deberán dirigirse a la dirección: C/ Vía de los Poblados, 3-Parque Empresarial Cristalia-Edificio 4 - 28033 - Madrid.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS VETERINARIOS DE ESPAÑA

COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE.....COLEGIADO Nº

1º Apellido.....

2º Apellido.....

Nombre.....

Sexo.....DNI.....Fecha Nacimiento...../...../.....

Domicilio.....nº.....piso.....

Localidad.....Código Postal.....

Provincia.....

Tfno.....Fax.....E-mail.....

Licenciado Veterinaria Facultad.....Fecha...../...../.....

Doctor en.....Facultad.....Fecha...../...../.....

Otros títulos:

Título.....Centro Docente.....Fecha...../...../.....

Áreas de trabajo:

.....
.....
.....

Observaciones:

.....
.....
.....

NOTA:en caso de estar colegiado voluntario en otro Colegio, indicarlo en Observaciones

Como Colegiado, tanto el Colegio Oficial de Veterinarios de.....como el Consejo General de Colegios de Veterinarios de España le informa, de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, que los datos personales que Vd. nos proporcionó están incluidos en un fichero de titularidad del Colegio y del Consejo y que son tratados por éstos, de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos personales, con el fin de llevar a cabo la gestión de los colegiados(reclamaciones, quejas, denuncias y sanciones profesionales), y la gestión de las pólizas y seguros concertados por el Consejo General, de forma colectiva a favor de todos los colegiados, así como la remisión de la Revista del Consejo con carácter mensual. Si no desea que sus datos sean utilizados para remitirle la Revista del Consejo marque aquí.....

Asimismo el colegiado consiente expresamente que sus datos personales sean cedidos a otros Colegios de Veterinarios, cuando sea estrictamente necesario para el cumplimiento de su actividad profesional.

El Colegio podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos, ante CGCVE, dirigiendo una notificación por escrito al efecto, a la siguiente dirección: C/Villanueva, 11 – 5ª, 28011 de Madrid, o a la dirección del correspondiente Colegio de Veterinarios.

D/D^a.

Colegiado/a n.º. _____, con D.N.I. n.º. _____ y con domicilio en:

C.P. _____ de

teléfono: _____ móvil _____ fax: _____

e-mail: _____

SOLICITA LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROFESIONALES DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE LA PROVINCIA DE, PARA LO CUAL DECLARO:

1º Estar colegiado/a de conformidad a lo prevenido en los Estatutos vigentes.

2º Que la fecha en la que se solicita la inscripción en el registro es: _____

3º Que la modalidad profesional elegida es:

<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado en el domicilio del cliente sobre animales de su propiedad.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado en consultorio, clínica, hospital veterinario o centro de referencia.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado como veterinario responsable de criaderos, tiendas de animales, centros de acogida de titularidad pública o privada u otros núcleos zoológicos con los animales de estos centros.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado en un local autorizado temporalmente por la Administración y que cumpla los requisitos del Reglamento.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado por cuenta propia en consultorio, clínica u hospital veterinario por un veterinario externo al centro en el que presta servicios especializados y/o que aporta medios e instrumentos de los que no dispone el centro, o bien de otro centro pero que utiliza todos o alguno de los medios del centro donde se realiza la actividad.

4º Que el lugar, centro veterinario, población o zona en la que pienso desarrollar mi actividad habitualmente será:

sito en la c/ _____ C.P. _____ de _____

5º Los datos son ciertos y corresponden con la realidad, asumiendo cualquier responsabilidad por inexactitud de los mismos.

En _____, a _____ de _____ de _____

EL VETERINARIO.

EL DIRECTOR FACULTATIVO
DEL CENTRO VETERINARIO.

Fdo.

Fdo.

SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE

A los efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos consignados por ud. en el presente formulario, serán recogidos en un fichero cuyo responsable es el Colegio de Veterinarios de Autoriza ud. expresamente al Colegio de Veterinarios de a la comunicación de sus datos a los terceros, organismos públicos o privados, que resulten necesarios para la prestación de servicios de este colegio profesional. Ud. tiene derecho de acceso a dicho fichero y rectificación de sus datos personales que resulten erróneos u obsoletos. Igualmente tienen derecho de cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales. El ejercicio de estos derechos podrá efectuarlo dirigiéndose por escrito a: Colegio de Veterinarios de (dirección postal del Colegio).

LEY DE PROTECCION DE DATOS

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos que los datos personales que nos facilite serán responsabilidad del Colegio Oficial de Veterinarios de Granada, sito en la C/ Rector Marin Ocete 10 (18014 Granada) y del Consejo General de Colegios Veterinarios de España (COLVET) domiciliada en: C/ Villanueva, 11-5º, 28001 de Madrid.

Basándose en las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Colegio y al Consejo, su interés legítimo, consentimiento expreso del interesado o cumpliendo con la prestación de los servicios solicitados por colegiados los datos personales y profesionales del Colegiado serán utilizados para las siguientes finalidades:

- Ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por el cumplimiento de las normas deontológicas, ética profesional, competencia desleal y por el respeto debido a los derechos de los particulares.
- Organizar actividades formativas y servicios comunes de carácter profesional, cultural, asistencial, de previsión y análogos que sean de interés para los colegiados.
- Resolver y/o mediar en la resolución de controversias por la actuación profesional con los usuarios o entre colegiados.
- Ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegiado.
- Prestar cualesquiera otros servicios asistenciales solicitados por los colegiados

Con esta/s finalidad/es sus datos, serán conservados durante la vigencia de la relación con el Colegio y, posteriormente mientras no hayan prescrito las responsabilidades del Colegio, según los criterios legales y estatutarios aplicables y debidamente bloqueados de manera que sólo estén disponibles para las administraciones públicas, los jueces y tribunales que los puedan requerir para atender las posibles responsabilidades.

Además, de la correspondencia que reglamentariamente deba remitirse desde ese Colegio, tales como el envío del Órgano Oficial de Difusión de esa Corporación Profesional, los Boletines Informativos de actividades colegiales y profesionales, la organización de actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial, económico, de previsión u otros análogos (Art, 5 de la Ley 2/1974 de colegios Profesionales), así como organizar congresos , cursos y seminarios para la formación de posgraduados marcando la casilla abajo dispuesta, nos autoriza a que sus datos puedan ser utilizados para realizar envíos adicionales con la información que ese Colegio considere beneficiosa para el colegiado:

- AUTORIZO a que me envíe por cualquier medio incluido el electrónico cuanta información considere ese Colegio beneficiosa para los colegiados.

Con esta finalidad sus datos serán conservados hasta el momento en que usted pierda su condición del colegiado del Colegio o decida oponerse a este tratamiento, suprimir sus datos o limitar el tratamiento de los mismos.

Asimismo, le informamos que con las mismas finalidades arriba indicadas compartiremos sus datos con las compañías aseguradoras para la gestión de las pólizas y seguros concertados por el Colegio de forma colectiva en favor de los colegiados y en su caso, a los Colegios correspondientes a cada Comunidad Autónoma para la correcta gestión de su situación colegial y llevar un control de movilidad de los colegiados/as así como con las autoridades públicas con competencia en la materia.

Al facilitar sus datos usted garantiza haber leído y aceptado expresamente el tratamiento de sus datos personales conforme a lo indicado. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento y portabilidad, cuando dichos derechos sean aplicables, a través de comunicación escrita a la dirección de Colegio o del COLVET arriba indicada o la dirección de correo electrónico de sus respectivos Delegados de Protección de Datos [josemayorcv@gmail.com] y protecciondedatos@colvet.es aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente y concretando su solicitud.

Asimismo, si considera que sus datos han sido tratados de forma inadecuada, tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de protección de Datos (C/ Jorge Juan, 6. 28001 – Madrid www.agpd.es).

Fdo.:

DNI:

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Datos del Tomador

Nombre y apellidos: _____

DNI/NIF/CIF: _____

Representante legal: _____

Domicilio: _____

Nº de póliza:

Período de cobertura: ____ / ____ / ____ Duración: _____

Desde las: ____ : ____ : ____ Foma de pago: _____

Datos del Asegurado

D. / D^a. _____, Colegiado nº _____,
con domicilio en _____, nº _____, Piso _____, Puerta _____,
Código Postal _____, nacido el día ____ / ____ / ____ /, con D.N.I./N.I.F. Nº _____, suscribe el presente documento para SOLICITAR:

1. Acogerse a los beneficios del seguro contratado por _____ con sujeción a las condiciones de la póliza arriba mencionada, al ser una de las personas del grupo asegurable que se incluyen en la relación principal de asegurados recogida en las Condiciones Particulares de dicho seguro.

2. Que conforme a lo establecido en la Póliza Colectiva de Vida Riesgo – Anual Renovable, arriba mencionada, designa como beneficiario/s de la prestación de fallecimiento a las siguientes personas:

Nombre y apellidos:	NIF:	% de Participación:
Nombre y apellidos:	NIF:	% de Participación:
Nombre y apellidos:	NIF:	% de Participación:
Nombre y apellidos:	NIF:	% de Participación:
Nombre y apellidos:	NIF:	% de Participación:

A falta de designación expresa en esta Declaración, tendrán la consideración de Beneficiarios para el pago de dicha prestación de fallecimiento, por orden preferente y excluyente, las personas que correspondan según el orden de prelación previsto en la póliza de seguro colectiva indicada.

La presente Declaración de Beneficiarios deberá ser firmada y enviada (I) al domicilio de la compañía AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A. sito en Vía de los Poblados, nº 3, Parque Empresarial Crystalia, Edificio 4, 28033 Madrid, (II) a cualquiera de las Delegaciones de AMA: <http://www.amaseguros.com/oficinas-a.m.a.> o (III) a través de la siguiente dirección de correo electrónico de la compañía: _____

Documentación a adjuntar:

Fotocopia del D.N.I. / N.I.F. del asegurado

He leído, acepto y estoy conforme con esta declaración de beneficiarios.

Firma del Asegurado

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO:

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es AMA VIDA, S.A. de Seguros y Reaseguros con CIF: A87623708 y domicilio social en Madrid (28033), Vía de los Poblados, 3, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 35082, folio 25, sección 8, hoja M-630891 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española. Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias: 1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo 2. El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.
SEGURO SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL
Declaración de beneficiarios

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
RESPONSABLES	AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A. (en adelante, "AMA Vida") Domicilio social: Vía de los Poblados, nº 3, Parque Empresarial Crystalia, Edificio 4, 28033 Madrid. Contacto Oficina de Protección de Datos: protecciondedatos@amaseguros.com.
FINALIDADES PRINCIPALES	AMA Vida tratará sus datos personales con las siguientes finalidades principales: - Alta del asegurado y gestión de la relación contractual entre AMA Vida y el tomador de la póliza colectiva. A efectos de cumplir el contrato entre AMA Vida y el tomador. - Gestión y tramitación de los siniestros que el asegurado pueda sufrir. A efectos de cumplir el contrato entre AMA Vida y el tomador. - Tratamiento de datos de otros asegurados y beneficiarios comunicados por parte del asegurado. A efectos de cumplir el contrato entre AMA Vida y el tomador de la póliza colectiva. - Realización de peritaciones médicas y tratamiento de datos de salud. A efectos de cumplir el contrato entre AMA Vida y el tomador y las obligaciones legales impuestas a AMA Vida (Ley Contrato de Seguro, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras). - Comunicación de los datos del asegurado a entidades reaseguradoras y coaseguradoras. En satisfacción de intereses legítimos de AMA Vida. - Ofrecimiento de productos y servicios ofrecidos por parte de entidades de A.M.A. Grupo. Solo en caso de obtener el consentimiento del interesado. - Finalidades restantes: apartado II de la información adicional.
DESTINATARIOS	AMA Vida comunicará sus datos personales a las siguientes entidades y organismos: - Organismos públicos, tales como autoridades judiciales, tributarias y del sector asegurador (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). - Entidades reaseguradoras o coaseguradoras. - En su caso, peritos médicos. - Además, AMA Vida cuenta con determinados prestadores de servicio que podrían acceder a los datos del asegurado en prestación del servicio a AMA Vida. Más información: apartado III de la información adicional.
PROCEDENCIA	AMA Vida tratará los datos facilitados por el asegurado en la presupuestación del seguro correspondiente. En su caso, AMA Vida podría haber recibido la información personal del asegurado a través de la correduría de seguros. Para la gestión de siniestros, podremos recibir información de profesionales sanitarios, centros médicos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado... Más información: apartado IV de la información adicional.
PERIODO DE CONSERVACIÓN	AMA Vida conservará su información durante el tiempo necesario para el cumplimiento de la finalidad contractual. A la finalización de la misma, AMA Vida conservará su información, debidamente bloqueada, durante el tiempo necesario en que pudieran interponerse reclamaciones o ante requerimientos de autoridades públicas. Más información: apartado V de la información adicional.
DERECHOS	Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse y limitarse a determinados tratamientos, así como portar los mismos dirigiendo escrito a nuestra Oficina de Protección de Datos, con los datos arriba indicados o mediante envío de correo electrónico a protecciondedatos@amaseguros.com. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento siguiendo las instrucciones del presente apartado. Más información: apartado VII de la información adicional.
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar la información adicional en: Papel: en cualquiera de las delegaciones de AMA: http://www.amaseguros.com/oficinas-a.m.a . Electrónico: mediante petición a la dirección protecciondedatos@amaseguros.com.

Mediante la firma del presente formulario, el interesado acepta que sus datos sean tratados para la remisión de comunicaciones comerciales de productos y servicios ofrecidos por parte de entidades de A.M.A. Grupo:

Firma del Interesado