



CUESTIONARIO ADHESIÓN AÑO 2026
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES PÓLIZA N°400039375
COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos:

DNI: Fecha nacimiento:

Domicilio postal:

Localidad: Código Postal:

Provincia:

Teléfono: Móvil: Fecha de alta:

Profesión:

Centro de trabajo (indicar nombre)

Los datos personales de cada asegurado, así como los capitales garantizados, serán los comunicados al Colegio, Tomador del Seguro, conforme a la solicitud efectuada por cada empleado.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), y de la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), le informamos de que, los datos personales facilitados como asegurado de la póliza colectiva suscrita entre el Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra y A.M.A. (Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija) serán tratados con la finalidad de llevar a cabo la prestación contractual derivada de la póliza.

La Base de Legitimación para este tratamiento es su consentimiento. Tiene derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos. También puede contactar con la Oficina de Protección de Datos de A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija en el correo electrónico protecciondedatos@amaseguros.com.

Le informamos de que sus datos podrán ser cedidos a terceras entidades, públicas o privadas, relacionadas con el sector asegurador, para la correcta prestación de los servicios solicitados y en concreto, para la tramitación de siniestros, fines estadísticos, lucha contra el fraude o cualquier otro acto o negocio relacionado con la actividad aseguradora, incluidas posibles operaciones de coaseguro y reaseguro.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose por escrito a la Oficina de Protección de Datos de A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija en la dirección Vía de los Poblados, 3, Parque Empresarial Cristalía, Edificio 4, 28033 – Madrid o mediante envío de correo electrónico a protecciondedatos@amaseguros.com.

El que suscribe declara haber contestado, conforme a la verdad, la solicitud precedente, la cual forma parte integrante de las bases del contrato.

En a las horas, del de de 20

Fdo. El Asegurado