

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.

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: <ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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