

DATOS PERSONALES

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Número de D.N.I. Pasaporte/Permiso Residencia

Sexo

Fecha Nacimiento Lugar Nacimiento

Nacionalidad

DOMICILIO PARTICULAR

Calle/Plaza/Avenida

Número Piso Puerta

Urbanización Bloque Casa/Chalet

Código Postal Ciudad, Provincia

Teléfono Fijo Teléfono Móvil

Correo Electrónico Particular

DATOS ACADÉMICOS

Facultad en la que se licenció Fecha

Facultad en la que se doctoró Fecha

Otras titulaciones obtenidas y/o cursos de postgrado

Título	Centro Docente	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS LABORALES

Ámbito en el que ejerce: marcar con X tipo y especificar actividad

Administración Pública:

- General
- Regional/Autonómica
- Local
- Empresa Pública
- Empresa Privada
- Por Cuenta Propia
- Desempleo

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Animales Laboratorio | <input type="checkbox"/> Clínica y Producción Cunicultura | <input type="checkbox"/> Medio Ambiente |
| <input type="checkbox"/> Clínica Animales exóticos/salvajes | <input type="checkbox"/> Cooperación Internacional | <input type="checkbox"/> Mataderos |
| <input type="checkbox"/> Clínica de équidos | <input type="checkbox"/> Docencia Privada | <input type="checkbox"/> Salud Pública |
| <input type="checkbox"/> Clínica Pequeños Animales | <input type="checkbox"/> Docencia Pública | <input type="checkbox"/> Seguridad Alimentaria |
| <input type="checkbox"/> Clínica y Producción Caprino | <input type="checkbox"/> Empresas o Laboratorios Nutrición | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Clínica y Producción Ovino | <input type="checkbox"/> Espectáculos Taurinos | |
| <input type="checkbox"/> Clínica y Producción Porcino | <input type="checkbox"/> Inspección Oficial | |
| <input type="checkbox"/> Clínica y Producción Vacuno | <input type="checkbox"/> Investigación | |
| <input type="checkbox"/> Clínica y Producción Acuicultura | <input type="checkbox"/> Laboratorio de Diagnóstico Clínico | |
| <input type="checkbox"/> Clínica y Producción Avicultura | <input type="checkbox"/> Sanidad Animal(A.D.S.) | |

Nombre de la Empresa o Entidad

Domicilio

Código Postal Localidad Provincia

Teléfono Trabajo Fax

Correo Electrónico Trabajo

DATOS PARA FONDO DE PREVISIÓN Y OTROS SEGUROS(BENEFICIARIOS)

Estado Civil

Número de hijos a su cargo

Nombre y apellidos de los hijos y edades	Fecha de Nacimiento
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

OTROS DATOS PARA SERVICIOS DE MARKETING Y COMUNICACIÓN

Colegio Veterinarios de procedencia(en el caso de que provenga de otro colegio de veterinarios)

Domicilio de correo postal a efectos de comunicación

Particular

Trabajo

Dirección de correo electrónico a efectos de comunicación

Particular

Trabajo

¿Desea recibir Boletín Electrónico?

SI

NO

Relación de Asociaciones Veterinarias a las que pertenece

Actividades de ocio y culturales favoritas del colegiado(opcional)

De conformidad con los Estatutos vigentes del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Málaga, solicito la incorporación como colegiado, declarando lo siguiente:

1º No estoy incurso en causa de incapacitación ni estoy inhabilitado para el ejercicio de la profesión veterinaria.

2º Todos los datos que figuran en esta solicitud son verdaderos en la fecha en que es firmada.

Málaga a

de

201

Fdo.:

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE MÁLAGA

DATOS BANCARIOS

Málaga a de 201

Banco

Domicilio

Ciudad

Provincia

Entidad

Oficina

DC

Número Cuenta

IBAN

Muy Srs. Míos:

Ruego a Vds, se sirvan tomar la debida nota a fin de que con cargo a mi cuenta abierta en ese banco, abonen mensualmente, y hasta nueva orden, los recibos del Colegio Oficial de Veterinarios de Málaga.

Atentamente.

Fdo. :

D.

Nº Colegiado Domicilio

Población Provincia C.P.

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Datos del Tomador

Nombre y apellidos: COLEGIO DE VETERINARIOS DE MALAGA

DNI/NIF/CIF: Q2971001I

Representante legal:

Domicilio: PASAJE ESPERANTO 1 1º. 29007 MALAGA

Nº de póliza: 101000113

Período de cobertura: 01 / 07 / 2021

Desde las:

Datos del Asegurado

D. / D^a. , Afiliado 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 COLEGIO DE VETERINARIOS DE MALAGA 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:

malaga@amaseguros.com

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 Seguros y Reaseguros, S.A. 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.

Fecha: / /

Acepto que mis datos sean tratados para la remisión de comunicaciones de productos y servicios ofrecidos por parte de entidades de A.M.A. Grupo.

SI

Leído y conforme:
EL ASEGURADO



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 recibirían 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:
E-Mail:	Teléfono/s: /
Profesión:	Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____
Nacionalidad:	Especialidad:

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 los 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

Claúsula para incluir en el documento de alta Colegiados conforme al RGPD

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 Málaga(COLVETMALAGA), domiciliado en Pasaje Esperanto, 1 - Entreplanta - 29007 Málaga y del Consejo General de Colegios Veterinarios de España(COLVET), domiciliado en C/ Villanueva, 11 - 5º, 28001 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 o 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(Artículo 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 de 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 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 del Colegio o de COLVET arriba indicada o la dirección de correo electrónico de sus respectivos Delegados de Protección de Datos (administracion@colegioveterinariosmalaga.es), aportando fotocopia del 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

En Málaga, a de de

Fdo.-

Documento de Identificación

Número

Esta solicitud se acompañará de la siguiente documentación:

- * Título oficial o certificación académica en la que consten las asignaturas cursadas y la mención expresa del pago de las tasas para expedición del título correspondiente.
- * Si procede de otro Colegio, certificado expedido por el Colegio de procedencia con expresa mención de la condición de veterinario, estar al corriente de pago de las obligaciones económicas y no estar incurso en inhabilitación temporal o definitiva para el ejercicio de la profesión.
- * Fotocopia del D.N.I.
- * Dos fotografías tamaño carnet.

Colegiación de Veterinarios procedentes de la Unión Europea:

Los veterinarios procedentes de los Estados miembros de la Unión Europea deberán aportar lo siguiente:

- * Título académico homologado o reconocido por la Subdelegación del Gobierno en Málaga. Paseo de Sancha nº 64. 29071 Málaga(junto a Parque San Antonio). Teléfono 952 98 90 00.
- * Certificado expedido por la autoridad competente del país de origen, haciendo constar que el demandante no se encuentra inhabilitado para el ejercicio de la profesión, así como traducción jurada de este documento al español.
- * Pasaporte o carnet de identidad o fotocopia compulsada de estos documentos.
- * Dos fotografías tamaño carnet.

Colegiación de Veterinarios procedentes de terceros países

Los veterinarios procedentes de terceros países deberán aportar lo siguiente:

- * Título homologado por la Subdelegación del Gobierno en Málaga. Paseo de Sancha nº 64. 29071 Málaga(junto a Parque San Antonio). Teléfono 952 98 90 00.
- * Permiso de trabajo para el ejercicio de la profesión veterinaria y no otra, concedido por el Ministerio de Trabajo.
- * Permiso de residencia, expedido por el Ministerio del Interior.
- * Pasaporte o fotocopia compulsada de este documento.
- * Dos fotografías tamaño carnet.