



Boletín de

Solicitud de adhesión Solicitud de modificación

Fecha en la que desea darse de alta ___ / ___ / ____

Datos del Solicitante

Nombre y apellidos _____

NIF/NIE _____ Fecha nacimiento ___ / ___ / ____ Nacionalidad _____

Dirección _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Email _____ Teléfono _____

Profesión _____ Trabaja por cuenta ajena cuenta propia

Colegiado Nº _____ del Colegio Oficial de Ingenieros de Minas de _____

SOLICITA: la incorporación a la póliza colectiva MZ01 100041 en los términos especificados en Garantías y Capitales que se detallan en esta solicitud.

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento

Por orden prevalente y excluyente o A partes iguales o Herederos legales

1. _____ NIF _____

2. _____ NIF _____

3. _____ NIF _____

El/la solicitante declara que son ciertas sus manifestaciones recogidas en esta Solicitud y se compromete a comunicar cualquier otro dato o modificación posterior que pudiese afectar al desarrollo del Seguro. Avanza Previsión manifiesta que esta Solicitud servirá de base para el cálculo de la prima y la emisión de la Póliza, caso de aceptación por parte de aquél, con absoluto respeto de ambas partes a la normativa legal vigente. La contratación o modificación del Seguro estará condicionada a la aceptación por parte de Avanza Previsión de esta Solicitud.

Firma y fecha En _____ a ___ de _____ de _____

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, le informamos que el Responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este documento y cualquier otro dato facilitado por usted o terceras entidades para el desarrollo de las relaciones contractuales es Avanza previsión S.A (en adelante "Avanza"), cuyos datos son CIF: A01649037, Dirección Postal: C/Villanueva 11, 28001 de MADRID, Correo Electrónico: contacto@avanzaprevision.com, contacto del Delegado de Protección: proteccion.datos@avanzaprevision.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que le vinculan con Avanza como Entidad Aseguradora, así como prevención del fraude. Asimismo, Avanza tratará sus datos personales con la finalidad de informarle sobre nuestras actividades, servicios y productos. Avanza facilitará sus datos personales a Administraciones públicas y terceros cuando exista obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. También realizará la cesión de los datos necesarios a terceros colaboradores de Avanza que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, detección de fraude, gestión de la póliza o de sus siniestros; y a entidades públicas con fines estadísticos en los supuestos legalmente habilitados. Sus datos se conservarán durante la vigencia de su contrato y una vez finalizada la misma, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión. En el supuesto de que el contrato no llegue a formalizarse, los datos facilitados se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento.

La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato de seguro. En relación al tratamiento con fines de mercadotécnica directa por parte de Avanza la base legal es el interés legítimo en poder atender mejor sus expectativas como cliente y el consentimiento que puede habernos prestado. También trataremos sus datos personales para el cumplimiento de obligaciones legales.

En cuanto a los datos personales referentes a otras personas físicas, que, por motivo del contrato deba comunicarnos deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión, además de ejercer el derecho de oposición, limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos. Puede solicitarlos por escrito ante Avanza a través de proteccion.datos@avanzaprevision.com. Siempre que lo desee puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Para más información puede consultar el siguiente enlace: www.avanzaprevision.com/politica-de-privacidad



Capitales asegurados y primas anuales (Marcar el grupo solicitado)

MÓDULO	GARANTÍAS Y CAPITALS ASEGURADOS	PRIMA	
<input type="checkbox"/> 001	Fallecimiento por accidente	3.005,06	4,39
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	6.010,12	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	3.005,06	
<input type="checkbox"/> 002	Fallecimiento por accidente	6.010,12	8,77
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	12.020,24	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	6.010,12	
<input type="checkbox"/> 003	Fallecimiento por accidente	12.020,24	15,04
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	18.030,36	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	12.020,24	
<input type="checkbox"/> 004	Fallecimiento por accidente	18.030,36	21,31
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	24.040,48	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	18.030,36	
<input type="checkbox"/> 005	Fallecimiento por accidente	30.050,61	31,35
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	30.050,61	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	30.050,61	
<input type="checkbox"/> 006	Fallecimiento por accidente	36.060,73	37,62
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	36.060,73	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	36.060,73	
<input type="checkbox"/> 007	Fallecimiento por accidente	42.070,85	43,89
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	42.070,85	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	42.070,85	
<input type="checkbox"/> 008	Fallecimiento por accidente	60.101,21	62,70
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	60.101,21	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	60.101,21	
<input type="checkbox"/> 009	Fallecimiento por accidente	90.151,82	94,05
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	90.151,82	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	90.151,82	
<input type="checkbox"/> 010	Fallecimiento por accidente	120.202,42	125,40
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	120.202,42	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	120.202,42	
<input type="checkbox"/> 011	Fallecimiento por accidente	150.253,03	156,75
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	150.253,03	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	150.253,03	
<input type="checkbox"/> 012	Fallecimiento por accidente	180.303,63	188,10
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	180.303,63	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	180.303,63	
<input type="checkbox"/> 013	Fallecimiento por accidente	240.404,84	250,80
	Invalidez permanente por accidente total o parcial	240.404,84	
	Asistencia médico-quirúrgica-farmacéutica a causa de accidente	240.404,84	

Firma y fecha

En _____ a ____ de _____ de _____



Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA
SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación: _____
Mandate reference

Identificador del acreedor : ES89000Q2870018E
Creditor Identifier

Nombre del acreedor / *Creditor's name*
CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS DE INGENIEROS DE MINAS

Dirección / *Address*
Ríos Rosas, 19

Código postal - Población - Provincia / *Postal Code - City - Town*
28003 MADRID MADRID

País / *Country*
ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / *Debtor's name*
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / *Address of the debtor*

Código postal - Población - Provincia / *Postal Code - City - Town*

País del deudor / *Country of the debtor*

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / *Swift BIC (up to 8 or 11 characters)*

Número de cuenta - IBAN / *Account number - IBAN*

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago: Pago recurrente Pago único
Type of payment Recurrent payment or One-off payment

Fecha - Localidad:
Date - location in which you are signing

Firma del deudor:
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Identidad: CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS INGENIEROS DE MINAS- CIF: Q2870018E

Dir. postal: C/ ALENZA, 1 - C.P. 28003-MADRID

Teléfono: 914414611 - Correo electrónico: consejo@ingenierosdeminas.org - Delegado Protección de Datos: dpd@ingenierosdeminas.org

En nombre del Consejo tratamos la información que nos facilita con el fin de la gestión integral de los datos de carácter personal de los colegiados y solicitud de firma electrónica. Los datos proporcionados se conservarán mientras se ostente la cualidad de colegiado o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. El interesado ha sido informado para ser incluido en el mencionado tratamiento, haciéndose responsable de la veracidad del mismo y las modificaciones que sufra en el futuro. En cuanto a la legitimación del tratamiento, ésta se basa en la Ley Orgánica 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (remisión, en su caso, al Estatuto del Consejo). Si lo desea, puede dirigirse al Consejo con el fin de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad

de sus datos y la limitación u oposición a su tratamiento. Las categorías de datos que se tratan son datos identificativos, características personales, y datos económicos y financieros. No se tratan datos especialmente protegidos. El origen de los datos es el propio colegiado, siendo los colegiados los colectivos interesados a tal fin.