

Núm. comercial	
Denominación comercial	
Campañas/ferias	

Datos personales Tomador (El Tomador es Asegurado 1 Sí No) Núm. Identificativo

Apellidos/Denominación Social		Nombre		NIF/NIE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento	Idioma de comunicación	Nacionalidad	País de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección		Núm.	Piso/Pta.	Población	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Código postal	Provincia	Teléfono		Teléfono móvil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>					
Es residente en España: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Es autónomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Actividad profesional <input type="text"/>		Estudios: Elementales <input type="checkbox"/> Medios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>	
Datos bancarios:					
Entidad núm.	Núm. oficina	C. control	Núm. cuenta	Nombre entidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Si actualmente está asegurado en otra compañía, díganos en cuál: <input type="text"/>					

<input checked="" type="radio"/> vitamedic	<input type="radio"/> fleximedic	<input type="radio"/> plusmedic	<input type="radio"/> totalmedic
Fecha efecto: <input type="checkbox"/> Día emisión <input type="checkbox"/> Día 1 mes siguiente		Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	

Datos personales Asegurado 2 Núm. Identificativo

Apellidos/Denominación Social		Nombre		NIF/NIE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento	Idioma de comunicación	Nacionalidad	País de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>					
Es residente en España: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Es autónomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Actividad profesional <input type="text"/>		Estudios: Elementales <input type="checkbox"/> Medios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>	
Si actualmente está asegurado en otra compañía, díganos en cuál: <input type="text"/>					

Datos personales Asegurado 3 Núm. Identificativo

Apellidos/Denominación Social		Nombre		NIF/NIE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento	Idioma de comunicación	Nacionalidad	País de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>					
Es residente en España: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Es autónomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Actividad profesional <input type="text"/>		Estudios: Elementales <input type="checkbox"/> Medios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>	
Si actualmente está asegurado en otra compañía, díganos en cuál: <input type="text"/>					

Datos personales Asegurado 4 Núm. Identificativo

Apellidos/Denominación Social		Nombre		NIF/NIE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Hombre	Fecha de nacimiento	Idioma de comunicación	Nacionalidad	País de nacimiento	
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>					
Es residente en España: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Es autónomo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Actividad profesional <input type="text"/>		Estudios: Elementales <input type="checkbox"/> Medios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>	
Si actualmente está asegurado en otra compañía, díganos en cuál: <input type="text"/>					

La cumplimentación de los datos personales expresados se realiza por el interesado de forma totalmente voluntaria, siendo necesaria para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato de seguro. Los datos facilitados se incluirán en ficheros que se conservarán de forma confidencial y de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal y en especial en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, por AGRUPACIÓN MÚTUA DEL COMERCIO Y DE LA INDUSTRIA, M.S.R.P.F. (Gran Vía de les Cortes Catalanes, 621, 08010 Barcelona; Fax 93.318.41.12). El solicitante podrá dirigirse a la entidad para pedir su consulta y actualización o ejercer sus derechos de rectificación, oposición o cancelación, si así lo desea. El interesado otorga, por medio de la presente, su consentimiento expreso para que dichos datos sean conservados, aun cuando la póliza se anulara, y puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines de colaboración estadístico-actuarial o para prevención del fraude. Asimismo, el interesado consiente el tratamiento de sus datos personales por parte de la entidad con la finalidad de ofrecerle, a través de cualquier medio, incluido el correo electrónico o medio equivalente, las ofertas, servicios y productos que puedan ser de su interés, así como la cesión de dichos datos (con excepción de los datos relativos a la salud) con esta misma finalidad a las sociedades del sector asegurador y financiero del Grupo Agrupación Mutua, AMSYR AGRUPACIÓN SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U., AMDIF, S.L.U. y AGRUPACIÓN BANKPYME PENSIONES, E.G.F.P., S.A.U.

Marque esta casilla si no desea que sus datos sean tratados con fines comerciales.

Firma tomador	Firma asegurado 2	Firma asegurado 3	Firma asegurado 4
---------------	-------------------	-------------------	-------------------

El tomador manifiesta expresamente haber recibido la información a que se refiere el artículo 104, y si procede, el 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (RD 2486/1998 de noviembre), de conformidad con lo establecido en el artículo 107 de la referida normativa.

De igual modo, los asegurados aceptan expresamente la adquisición de la condición de socio de la entidad aseguradora.

Antecedentes personales y clínicos	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
1. ¿Cuál es su estatura y peso? cm. kg. cm. kg. cm. kg. cm. kg.
2. ¿Es o ha sido usted fumador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique cuándo y cantidad diaria.				
¿Consume o ha consumido alcohol o estupefacientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, especifique cantidad al día y tipo de bebida/producto				
¿Ha realizado algún tratamiento de deshabituación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, especifique cuál, duración y resultados				
3. Si padece miopía o hipermetropía o astigmatismo, indique dioptrías del ojo con mayor graduación o las previas a la cirugía refractiva caso de haber sido intervenido. dioptrías dioptrías dioptrías dioptrías
4. ¿Ha seguido, sigue o le ha sido prescrito algún tipo de tratamiento médico o quirúrgico ? (farmacológico, rehabilitador, homeopatía, acupuntura, intervenciones, etc.).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo indique cuál y resultados.				
5. ¿Padece alguna anomalía congénita, hereditaria o defecto funcional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, indique cuál y si le invalida física o mentalmente.				
6. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infarto agudo de miocardio, angina de pecho, embolias, problemas reumáticos, bronquitis crónica, apneas del sueño, Crohn, colitis ulcerosa, psicosis, trastornos alimentarios, neurológicas degenerativas, demencia, portador HIV, portador del virus de la hepatitis C, diabetes, trastornos de la coagulación.				
En caso afirmativo, indique cuáles, cuándo y duración.				
7. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades o cualquier otra que haya requerido o no tratamiento médico y/o quirúrgico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiovasculares (hipertensión arterial, trombosis, varices), Locomotores (hernia discal, lumbalgias, ciáticas, problemas articulares), Respiratorios (asma), Digestivos (hemorroides, fístulas, enfermedades del hígado), Psiquiátricos (ansiedad, depresión), Neurológicos (epilepsia), Infecciosas (hepatitis, tropicales), Metabólicas o de la sangre (aumento del colesterol, del ácido úrico, enfermedades del tiroides, trastornos hormonales, anemia), Tumor benigno o maligno (especifique tipo y localización), Genitourinarias (cálculos, próstata, ováricas, matriz, trastornos renales), De la piel (psoriasis, cáncer de piel, alérgicas.)				
En caso afirmativo, indique cuáles, cuándo y duración.				

Los declarantes autorizan a cualquier médico, hospital u otra institución o persona, para que dentro de los límites legales faciliten información a la entidad aseguradora sobre el estado de salud, historial médico o cualquier hospitalización, recomendación, diagnóstico, tratamiento o enfermedad que de ellos conocieran con relevancia de obligación de guardar secreto profesional.

Asimismo, manifestamos saber que las declaraciones sirven de base para el ingreso y la contratación o modificación de la/s póliza/s, por lo que cualquier inexactitud, omisión, u ocultación podrá ser causa de rescisión del/de los contrato/s de seguro, aceptando expresamente las mencionadas consecuencias y firmando en prueba de aceptación.

Los asegurados o futuros asegurados dan su consentimiento a fin de que los derechos económicos que se puedan derivar de la póliza solicitada puedan ser satisfechos por la entidad aseguradora en la domiciliación bancaria indicada por el tomador en la solicitud de seguro, o en una comunicación escrita posterior.

_____ , _____ de _____ de 20 _____

Asegurado 1 Nombre y apellidos _____ Firma _____	Asegurado 2 Nombre y apellidos _____ Firma* _____	Asegurado 3 Nombre y apellidos _____ Firma* _____	Asegurado 4 Nombre y apellidos _____ Firma* _____
--	---	---	---

* Sólo si es mayor de edad (en caso contrario, firma del tutor legal)

Salud

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 104 del R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa al futuro tomador de los siguientes extremos:

- Que Agrupación Mutua del Comercio y de la Industria, MSRF, tiene establecido su domicilio social en la ciudad de Barcelona, España, Gran Vía de les Corts Catalanes, 621.
- Que la póliza de seguro se registrará por las Condiciones Generales y Particulares de la misma, así como por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el Texto Refundido de la Ley 30/1995 aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre), y en su normativa de desarrollo.
- Las acciones derivadas del contrato de seguro, se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:
 - a) Reclamación por escrito ante los órganos de la propia Entidad Aseguradora.
 - b) Reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente y ante el Defensor del Socio en su caso, instancias cuya función es tutelar y salvaguardar los derechos y los intereses de los asegurados y cuyo funcionamiento se rige por su Reglamento específico.
 - c) Procedimiento administrativo de Reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de conformidad con lo establecido en el art. 62 y concordantes del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.
 - d) Finalmente, de conformidad con lo establecido en el artículo 24 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro las acciones derivadas del mismo siempre podrán plantearse ante los Juzgados de Primera Instancia de la Jurisdicción Civil correspondientes al domicilio del asegurado.