



SOLICITUD DE ADHESIÓN AL PROGRAMA DE COBERTURAS Y SERVICIOS DE AVANTIS SALUD EN SU MODALIDAD:

<b>BIENESTAR</b> <input type="radio"/>	<b>BIENESTAR PLUS</b> <input type="radio"/>	<b>Coberturas Opcionales:</b>
		<input type="radio"/> Hospitización y cirugía por enfermedad
		<input type="radio"/> Tratamiento dental por enfermedad

<b>1.- Datos Colaborador</b>	<b>2.- Datos Mediador</b>
<b>Nombre</b>	<b>Nombre</b>   Miguel Gómez, Análisis y Gestión de Seguros S.L.
	<b>CIF</b>   B 38586772
	<b>Clave</b>   J0018_CAC

<b>3.- Datos Solicitante</b>		
<b>Nombre y apellidos</b>		
<b>DNI / NIE</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	
<b>Sexo</b>	<b>Profesión</b>	
<b>Domicilio</b>		
<b>C.P.</b>	<b>Localidad</b>	<b>Provincia</b>
<b>Teléfono</b>	<b>Móvil</b>	<b>Email</b>

<b>4.- Fecha Solicitud</b>			
<b>En</b>	<b>a</b>	<b>de</b>	<b>de</b>
La tarjeta tendrá efecto al mes siguiente de haber sido solicitada y contará con una vigencia de un (1) año.			

<b>5.- Forma de Pago</b>		
<b>Anual</b> <input type="radio"/>	<b>Semestral</b> <input type="radio"/>	<b>Trimestral</b> <input type="radio"/>
Si adquiere una única tarjeta sanitaria en su modalidad bienestar, no se podrá fraccionar el pago. Las renovaciones anuales de la tarjeta se cargarán a la cuenta de fidelidad del beneficiario de la misma. En su defecto, se harán contra la cuenta bancaria.		

<b>6.- Datos Bancarios para la facturación de las consultas médicas especializadas por enfermedad (servicio pago por consumo)</b>					
<b>Nombre entidad bancaria</b>					
<b>Nombre titular bancario</b>					
<b>Código IBAN</b>					
<b>Fdo D. / Dña.</b>					

MIGUEL GÓMEZ ANÁLISIS Y GESTIÓN DE SEGUROS, S.L. CORREDURÍA DE SEGUROS CON AUTORIZACIÓN J-0016-CAC. SUSCRITA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL SUMA ASEGURADA 3.005.060,52 €

## LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS



La aceptación del solicitante está supeditada a cumplir las condiciones de las pólizas de seguros que ésta suscribe. Puede consultar estas condiciones en el teléfono 900 214 382.

Cuando el solicitante obtenga su tarjeta sanitaria será **BENEFICIARIO** de **Avantis Salud**. De este modo, dicho beneficiario da su consentimiento al centro asistencial que le preste el servicio requerido para facilitar los datos de carácter asistencial que sean necesarios a los fines previstos de la presente solicitud, así como también da su consentimiento a las farmacias asociadas de la Red Colaboradora para que le puedan aplicar planes de descuento por ser titular de una tarjeta Avantis Salud, en cualquiera de sus modalidades.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, Avantis Salud S.L. con CIF B-38586764 y Miguel Gómez Análisis y Gestión de seguros, S.L., correduría de seguros, con autorización J-0018-CAC y CIF B-38586772 tienen la responsabilidad en el tratamiento de sus datos y le informamos, que éstos serán incorporados a un fichero titularidad de Avantis Salud S.L., a los efectos de poder ser cedidos a la entidad aseguradora y a los profesionales, colaboradores y auxiliares externos en el desarrollo de la actividad comercial, todo ello, a los externos y desarrollo de la actividad prevista en la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privada.

Usted podrá ejercitar en cualquier momento el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos de carácter personal facilitados a la entidad Avantis Salud S.L. con CIF B-38586764 y Miguel Gómez Análisis y Gestión de seguros, S.L., correduría de seguros, con autorización J-0018-CAC, y CIF B-38586772, mediante comunicación escrita a la dirección en Plaza José Arozena Paredes Edificio Parque Recreativo Portal Oficinas 1º Planta – 38002 Santa Cruz de Tenerife.

### CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento, EL BENEFICIARIO autoriza expresamente a la entidad Miguel Gómez Análisis y Gestión de Seguros y a Avantis Salud S.L. a adelantar los pagos en su nombre y por cuenta y mandato expreso de EL ASEGURADO/BENEFICIARIO a los profesionales de la medicina y a los centros de asistencia sanitaria que le presten servicios sanitarios en virtud del/los CONTRATO/S DE SEGURO/S solicitados por medio de la presente, así como de los correspondientes a SERVICIOS NO ASEGURADOS, que se correspondan a acuerdos de precios en condiciones económicamente ventajosos o planes de descuento (sistema de fidelidad), a los que el BENEFICIARIO tenga acceso por disponer de la tarjeta AVANTIS SALUD en sus distintas modalidades.

**Firma del Asegurado/Beneficiario para la cesión de datos de carácter personal con los fines previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos.**

En a de de

D. Dionisio Miguel Gómez Rodríguez.

D. / Dña.

Administrador EMEGs y Avantis Salud.

Asegurado / Beneficiario