



Apreciados,

Desde la dirección de esta Asociación nos complace comunicaros que se ha llegado a un acuerdo con la aseguradora Agrupació AMCI (Grupo Crèdit Mutuel España) mediante el cual y a cada uno de los asociados de la APA recibirá una tarjeta identificativa como asociado **totalmente gratuita** con la que podrá tener acceso directo al cuadro médico de esta aseguradora a precios muy ventajosos.

Además tendréis de forma gratuita y una vez al año una revisión dental, una limpieza bucal, y quiropodia y una visita al psicólogo (1ª entrevista). Este servicio es para una sola persona. Se pueden adherir más personas de la unidad familiar por un coste anual de 6 € a realizar mediante pago por transferencia a la cuenta del APA.

También dispondréis de un servicio telefónico de atención médica 24 horas, asistencia en viaje tanto en España como en extranjero, asistencia jurídica y servicio de reparaciones en el hogar. Incluye además un seguro de 3.000 € para muerte por accidente (en caso de menores de 14 años cubre solo invalidez permanente)

Para poder obtener el acceso, es preciso que el asociado facilite sus datos bancarios (SEPA) y firme el contrato de adhesión.

Para ello os podéis poner en contacto con la oficina comercial de Agrupació sita en Gran Vía Escultor Salzillo nº 30 (enfrente de Hacienda) tlf: 968 22 58 70 o también con la Dirección de la APA (Mónica Galán 653378829), cumplimentando el impreso adjunto de adhesión.

Os recuerdo que el servicio es gratuito y solamente se deberán de abonar los gastos por visitas y/o actos médicos a especialistas que realice el asociado.

Esperando que sea de vuestro agrado esta iniciativa, recibid un cordial saludo.

En Murcia a 23 de noviembre de 2015

Referencia de la orden de domiciliación Mandate reference	M	C	<input type="text"/>
Identificador 1 del acreedor (extractos) Creditor Identifier 1	ES	14	000 <input type="text" value="A65782807"/>
Identificador 2 del acreedor (recibos) Creditor Identifier 2	ES	14	003 <input type="text" value="A65782807"/>
Identificador 1 (Identifier 1): Extractos (Health Statements) Identificador 2 (Identifier 2): Recibos (Accounts)			

Nombre del acreedor Creditor's name	<input type="text" value="Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A."/>		
Dirección del acreedor Creditor's address	<input type="text" value="Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès"/>	<input type="text" value="España"/>	

Nombre del deudor/es (Titular de la cuenta de cargo) Debtor's name	<input type="text"/>		
Dirección del deudor Debtor's address	<input type="text"/>		
CP	Población	Provincia	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Swift BIC (puede contener 8/11 posiciones) Swift BIC (up to 8 or 11 characters)	<input type="text"/>		
Número de cuenta - IBAN Account number - IBAN	<input type="text" value="E S"/> <input type="text"/>		
Tipo de pago / Type of payment	<input type="checkbox"/> Pago recurrente / Recurrent payment	O	<input type="checkbox"/> Pago único / One-off payment
		Or	

El deudor da su consentimiento, de forma expresa, a fin de autorizar al acreedor y a su entidad financiera, a enviar a la cuenta del deudor, los adeudos y abonos derivados de todas las obligaciones y derechos económicos, de las relaciones mantenidas con el acreedor, siguiendo las instrucciones de este último. El deudor puede obtener información desglosada sobre sus adeudos bancarios en su entidad aseguradora, AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, teléfono 934 826 791, www.agrupacio.es).

The debtor expressly consents to authorize the creditor and its financial institution to send to the debtor's account the debits and credits resulting from all the obligations and economic rights from the contacts with the creditor, in accordance with the directions of the latter. The debtor can get detailed information on its bank debits through its insurance company, AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, Phone number 934 826 791, www.agrupacio.es).

Fecha - Localidad Date - Location in which you are signing	<input type="text"/>	Firma del deudor Debtor's Signature	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		

Las datos personales expresados en esta orden de domiciliación bancaria se proporcionan por el interesado de forma totalmente voluntaria, siendo necesarios para el mantenimiento y el cumplimiento de las relaciones mantenidas con AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Estos datos se incluirán en ficheros personal y en especial en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, por AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, www.agrupacio.es), autorizándose de forma expresa que puedan ser recabados y tratados por la misma. 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. Esta orden de domiciliación será custodiada por el Acreedor.

Personal information expressed in this direct form is provided totally voluntarily by the applicant, being necessary for the maintenance and fulfillment of the contacts with AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. The data shall be included in files that will be kept confidential and in accordance with the current dispositions in force with respect to personal data protection, and specifically to that of Law 15/1999, of december, by AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, www.agrupacio.es; Fax 933 184 112, Phone number 934 826 791, www.agrupacio.es), expressly authorizing the company to collect and handle the personal information. If requested by the applicant, he/she may address the company to consult and update the information or exercise the right of rectification, opposition or cancellation. This direct debit form will be guarded by the creditor.

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.

Identificación Colectivo

Nombre Colectivo

Cuenta Vinculada

Datos bancarios

Entidad número	Número oficina	Cód. ctrl.	Número de cuenta	Nombre de la entidad financiera

Solicitante

Apellidos		Nombre	
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	Idioma de comunicación:
			Castellano <input type="checkbox"/> Catalán <input type="checkbox"/>
Dirección		Teléfono	
Población		Código postal	
e-mail		Estudios:	
		Elementales <input type="checkbox"/> Medios <input type="checkbox"/> Superiores <input type="checkbox"/>	
		Actividad profesional	

Solicito la contratación de la tarjeta de asegurado de Grupo Agrupación Mutua y acepto sus condiciones generales.

Beneficiarios

Por orden excluyente Repartir a partes iguales Repartir según porcentaje

Orden	Apellidos y nombre	NIF	Fecha de nacimiento	%*
1				
2				

* Rellenar en caso de escoger "Repartir según porcentaje"
 La formalización de esta hoja sustituye cualquier otra "Designación de beneficiarios" del mismo producto realizada en fecha anterior a esta.

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 AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. A-65782807 Ctra de Rubí, núm. 72-74, Edif. Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallés Fax. 93 318 41 12 . El solicitante podrá dirigirse a la entidad aseguradora para pedir su consulta y actualización o ejercer sus derechos de rectificación, oposición o cancelación, si así lo desea.

El interesado otorga su consentimiento expreso para que dichos datos sean conservados, aun cuando no llegara a emitirse la póliza correspondiente o 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.

Las sociedades del Grupo Agrupación - al cual pertenece la Entidad Aseguradora -, así como sus filiales o participadas tendrán acceso a tales datos personales (con excepción de los datos relativos a la salud), que podrán ser utilizados para ofrecer al Tomador/Asegurado ofertas, servicios y productos que sean de su interés.

El asegurado manifiesta expresamente haber recibido la información a que se refiere el artículo 104 y, en su caso, el artículo 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 _____ de 20__

Firma Solicitante

Condiciones Generales. Tarjeta de asegurado de Grupo Agrupación

Artículo 1. Definiciones

Tarjeta: Es el instrumento de identificación propiedad de AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), emitido por concesión de las compañías del Grupo Agrupación, amparado en este contrato que faculta a su titular para efectuar el pago de los bienes, servicios o cualquier otra prestación, obtenidos por el hecho de ser asegurados de aquéllos.

Titular: Es la persona física, asegurada en cualquier compañía del Grupo Agrupación, que firma este contrato y a nombre de la cual se expide la tarjeta, con carácter personal e intransferible. No se podrán emitir tarjetas adicionales, asociadas a este contrato, a nombre de otras personas físicas o jurídicas.

Artículo 2. Servicios que ofrece la tarjeta

La tarjeta ofrece las siguientes funcionalidades: a) Medio de pago de los bienes, servicios o prestaciones que se le otorguen por el hecho de ser asegurado en alguna compañía del Grupo Agrupación con cualquier póliza de salud contratada. b) Medio de pago de los bienes, servicios o prestaciones que se le otorguen, previa autorización de la correspondiente compañía del Grupo Agrupación, por el hecho de ser asegurado de aquélla, sin tener ninguna póliza de salud contratada. En este segundo caso, el precio a pagar por los servicios que se le presten será el que ambas partes acuerden en el momento de solicitar la autorización para la utilización de la tarjeta. Si el titular de la tarjeta hiciese uso de la misma sin obtener la previa autorización de la pertinente compañía del Grupo Agrupación, éste aceptará el precio que para el tipo de bienes, servicios o prestaciones obtenidos tenga fijado, en ese momento, la compañía del Grupo Agrupación.

Artículo 3. Identificación en las operaciones

Al utilizar la tarjeta, el titular deberá: a) Presentar la tarjeta debidamente firmada en el espacio establecido para ello. b) Acreditar su identidad cuando le fuere requerido, mediante la exhibición del DNI. c) Firmar los comprobantes extendidos por el establecimiento o profesional. La firma de los comprobantes implicará la conformidad con la transacción realizada y el compromiso de pago del correspondiente precio.

Artículo 4. Comunicaciones al cliente

AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal) expedirá todas las comunicaciones referentes a las tarjetas al domicilio del titular indicado en este contrato. En caso de cambio de domicilio, el titular habrá de notificarlo a AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal) inmediatamente y por escrito.

Artículo 5. Obligaciones del titular

El titular se obliga a: a) Firmar la tarjeta en el momento de recibirla. b) Conservar la tarjeta que se le entrega en concepto de comodato y utilizarla exclusivamente de conformidad con las instrucciones generales contenidas en este contrato y las que, en su caso, se faciliten en cada momento. c) Tomar las medidas necesarias para evitar la sustracción, la falsificación o la pérdida de la tarjeta. En estos supuestos, deberá notificar inmediatamente los hechos a AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal) o a la compañía del Grupo Agrupación en la que esté asegurado, mediante una llamada telefónica al siguiente número de teléfono: 902 23 40 40. El titular de la tarjeta responderá por el uso fraudulento que realicen terceras personas de la tarjeta, si el referido uso fraudulento se produce transcurridas veinticuatro horas desde la sustracción o pérdida de la tarjeta sin que haya mediado notificación de esa circunstancia a AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), y en todo caso, si el uso fraudulento se produjese con el conocimiento o consentimiento del titular. d) Destruir la tarjeta que haya sido sustituida por otra a utilizar con los mismos

finos. e) Aceptar que el precio de los bienes o servicios obtenidos le sea girado por AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), a la cuenta vinculada al seguro "ASISTENCIA PERSONAL" y en su defecto a cualquier otra comunicada expresamente por el titular. A tal efecto, el titular deberá proveer de los fondos necesarios la cuenta bancaria para que le pueda ser cargado el importe de los servicios que le hayan sido prestados.

Artículo 6. Obligaciones de AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal)

AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal) se obliga a: a) Proceder, una vez comunicada la sustracción, falsificación o pérdida, o al tener conocimiento de la no recepción de una nueva tarjeta, a realizar con carácter inmediato su anulación. b) Remitir mensualmente al titular un extracto en el que figure un resumen de las transacciones realizadas con la/s tarjeta/s que le permitan su identificación debiendo constar el/los acto/s practicado/s y el importe del/de los mismo/s. Si en el plazo de ocho días desde la emisión del extracto no se presentase reclamación por escrito, se entenderá la conformidad del mismo por el titular. c) Mantener en vigor el presente contrato en caso de cambio en la domiciliación bancaria. d) Mantener el sistema en perfectas condiciones de funcionamiento, respecto a los servicios vigentes en cada momento.

Artículo 7. Coste de la tarjeta

El titular no soportará ningún coste por la tenencia de la tarjeta, salvo los derivados de su utilización.

Artículo 8. Duración del contrato

La duración del presente contrato se establece en un año, contado desde la fecha indicada en el anverso de este documento y prorrogable por tácita reconducción por periodos de igual duración de no mediar preaviso o denuncia expresa de cualquiera de las partes con una antelación mínima de dos meses a la terminación de la duración inicial o de cualquiera de sus prórrogas.

Artículo 9. Vigencia de la tarjeta

La vigencia de la tarjeta se encuentra condicionada a que el titular mantenga la condición de asegurado de alguna de las compañías del Grupo Agrupación, de modo y manera que si éste causase baja en la correspondiente sociedad como asegurado o tomador o le fuesen suspendidos los derechos como tal, la tarjeta quedará cancelada e inoperativa, debiendo ser devuelta a AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), su propietaria. Asimismo, AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), se reserva la facultad de cancelar la tarjeta durante su vigencia, perdiendo el titular todos los derechos relativos al uso de la misma. El titular deberá devolver la tarjeta a AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal) tan pronto como la cancelación le sea comunicada, siendo a su cargo todas las transacciones que se realicen con dicha tarjeta hasta la efectiva devolución de la misma, así como de las transacciones que se hallen en curso una vez devuelta la tarjeta.

Artículo 10. Impagados

En el caso de falta de pago, AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), podrá declarar inmediatamente exigible el importe total pendiente. Asimismo, en caso de falta de pago de un recibo, la tarjeta quedará inoperativa hasta el completo abono de la total cantidad adeudada. Constituirá prueba suficiente de la cantidad reclamada, la certificación expedida por AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal). El saldo deudor así expresado tendrá la consideración de cantidad líquida a todos los efectos sin que el titular pueda impugnar o no admitir el contenido de dicha certificación, reconociéndole por anticipado plena eficacia en juicio.

Asimismo, habiendo sido otorgada la tarjeta al titular y/o beneficiario dada su condición de asegurado de alguna compañía del Grupo Agrupación, ambos aceptan que cualesquiera obligaciones derivadas de la utilización de la

tarjeta puedan ser satisfechas a AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), con cargo a cualquier prestación de la que pudiese devenir acreedor el titular y/o beneficiario, derechos de rescate o reducción sobre capitales asegurados en pólizas de vida y cualesquiera productos de ahorro o inversión de los otorgados por las entidades del Grupo Agrupación y de los que el titular y/o beneficiario fuese tomador, asegurado y/o beneficiario hasta el importe adeudado.

Artículo 11. 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. 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 AMDIF, S.L.U. N.I.F. B-60267150 Ctra. de Rubí, núm. 72-74, Edif. Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès. 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 su consentimiento expreso para que dichos datos sean conservados, aun cuando no llegara a emitirse la tarjeta correspondiente o se anulara. Las sociedades del Grupo Agrupación - a la cual pertenece la Entidad -, así como sus filiales o participadas tendrán acceso a tales datos personales (con excepción de los datos relativos a la salud), que podrán ser utilizados para ofrecer al Tomador/Asegurado ofertas, servicios y productos que sean de su interés.

Artículo 12. Relaciones con los proveedores

El titular reconoce que AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), se encuentra ajena a las relaciones que aquél mantenga con los proveedores de los bienes, servicios o prestaciones y, en consecuencia, exonera a aquélla de cualquier posible reclamación que pueda tener contra los mismos.

Artículo 13. Causas de resolución

No obstante lo previsto en el artículo ocho, el titular podrá solicitar en cualquier momento la cancelación de este contrato, previa devolución de las tarjetas que están asociadas y la liquidación total y anticipada de la deuda, si existiese. AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), podrá resolver y dar por vencido este contrato, y exigir el pago inmediato de todas las cantidades que acredite, si el contratante incumpliese cualquiera de las cláusulas de este contrato o hubiese incumplido cualquier otra obligación líquida y exigible que tenga contraída con AMDIF, SL (Sociedad Unipersonal), o empresas del Grupo Agrupación, en virtud de operaciones distintas de ésta, o estuviese inmerso en una situación concursal.

Artículo 14. Sumisión jurisdiccional

Para cualquier duda, cuestión o divergencia que pudiera plantearse en relación con la interpretación o ejecución de este contrato las partes acuerdan, con renuncia a su fuero y jurisdicción, someterse de manera expresa a la competencia de los juzgados y tribunales de la capital de provincia del domicilio del contratante.

Firma Solicitante

Indicar Nombre y apellidos

[Empty box for signature]