



CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS DE INGENIEROS DE MINAS

ALTAS EN LA COLEGIACIÓN

COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS DE MINAS DE LEVANTE

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº de Colegiado Cuota trimestral..... Fecha de Alta

Datos a Rellenar por el Colegio

Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento

Domicilio

Código Postal Población y Provincia

Teléfono..... Móvil* N.I.F.

E-mail

Cónyuge*

Escuela donde curso la carrera Promoción (año)

Especialidad Titulación : (Ingeniero o Doctor)

Empresa en que trabaja

Domicilio de la Empresa

Código Postal Población y Provincia

Teléfono Fax

Cargo, nivel o función

Los datos marcados con () son de carácter voluntario, estando obligado a cumplimentar el resto de información

Cumplimentar fecha y firma al dorso.

Datos a Rellenar por el Colegio

Motivo del alta: Inicial Postgraduado hasta fecha:

Traslado del Colegio del.....

Reincorporación.....

Otras

Cuenta Bancaria Cuotas Colegiación..... / / /
(20 dígitos)

..... a de de

Firma por el Colegio Oficial de Ingenieros de Minas de Levante

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL COLEGIO DE INGENIEROS DE MINAS DE LEVANTE DE ESPAÑA

De acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, el **COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS DE MINAS DE LEVANTE DE ESPAÑA** (en adelante, **COIMLE**) le informa que los datos facilitados por Vd., mediante la presente solicitud de colegiación, serán objeto de tratamiento automatizado en los ficheros de Colegiados de la Corporación, con la finalidad de gestión y mantenimiento de la relación colegial suscrita. Le informamos que sus datos facilitados serán cedidos legalmente al CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS DE INGENIEROS DE MINAS y a aquellos otros Colegios Oficiales de Ingenieros de Minas en los que en un futuro pudiese Vd. acreditarse y/o colegiarse. Además serán comunicados a los Órganos y Administraciones Públicas obligados por Ley y, en su caso, a aquellos terceros con interés legítimo. Con el fin de mantener sus datos permanentemente actualizados, en caso que se produzca en un futuro alguna modificación de los mismos, deberá notificarlo a la Corporación debidamente por escrito. Asimismo, sus datos serán utilizados por el **COIMLE** para remitirle información sobre servicios y actividades relacionados con la profesión, y salvo que Vd. se oponga a dicho tratamiento, autoriza al Colegio a remitirle también información sobre productos y servicios que puedan resultar de interés para los colegiados.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo. Acorde con la política de privacidad del **COIMLE**, siempre que Vd. utilice los servicios ofrecidos por las diferentes Áreas colegiales, en caso de estimarse necesario, se le informará y requerirá expresamente su consentimiento para el tratamiento y las finalidades concretas a las que se destinen sus datos. En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), Vd. puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos referentes a su persona, incluidos en nuestras bases de datos, dirigiendo solicitud firmada y por escrito al Secretario de la Corporación, a través del Área de Secretaría en la siguiente dirección: Frenería, 10. 30004 Murcia.

En _____ a _____ de _____ de 20

Firma del colegiado

Diligencia de presentación en el Colegio de Ingenieros de Minas de Levante de España, donde ha tenido entrada el

Cotejados los datos que se consignan con los documentos correspondientes, se procede a la remisión de esta ficha al Consejo Superior de Colegios de Ingenieros de Minas

En _____, a _____ de _____ de 20

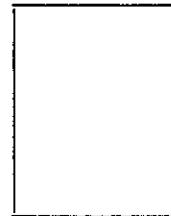
El Secretario del Colegio de Ingenieros de Minas de Levante de España
Firma del Secretario

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS DE INGENIEROS DE MINAS

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el **CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS DE INGENIEROS DE MINAS** (en adelante, **CSCIM**) le informa que los datos personales cumplimentados por Vd. en la presente ficha corporativa, serán objeto de tratamiento automatizado en los ficheros de esta Corporación (legalmente inscritos en el Registro General de Protección de Datos de la Agencia Española de Protección de Datos) con la finalidad pública de ordenar y controlar el ejercicio de la profesión y en cumplimiento de los fines estatutarios privados de la Corporación. El **CSCIM** le informa que en virtud del artículo 21 LOPD, su Colegio Profesional, comunicará al **CSCIM**, los datos necesarios relativos a su persona para el cumplimiento del citado fin público que la legislación vigente atribuye a esta Corporación. No obstante, al objeto de mantener sus datos permanentemente actualizados, en el caso de producirse una modificación en los mismos, deberá notificarlo por escrito a su Colegio Profesional y/o dirigir un escrito directamente a este Consejo Superior. Por otra parte, y amparados en el mismo precepto referenciado, le informamos que los datos facilitados serán cedidos legalmente a aquellos otros Colegios de Ingenieros de Minas de España en los que en un futuro pudiese Vd. acreditarse y/o colegiarse o tengan interés legítimo en la información. Asimismo, el **CSCIM** tratará sus datos con finalidades estatutarias de carácter privado estrictamente relacionadas con la profesión (Seguros, elaboración del Anuario, envío de comunicaciones y correspondencia corporativa, revista **INDUSTRIA Y MINERÍA**, etc.) y salvo que Vd. se oponga a dicho tratamiento, autoriza a remitirle también información sobre productos y servicios que puedan resultar de interés para los colegiados obtenidos mediante acuerdos alcanzados por el Consejo. De acuerdo con la LOPD, Vd. tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, oponerse o, en su caso, una vez finalizada la relación colegial, a cancelar los datos referentes a su persona incluidos en nuestras bases de datos, remitiendo su solicitud directamente al Secretario Técnico del Consejo Superior, en la siguiente dirección: C/ Ríos Rosas, 19. 28003(Madrid).

**CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS
DE INGENIEROS DE MINAS**

TARJETAS PARA RECONOCIMIENTO DE FIRMA



Apellidos

Nombre

N. I. F......

Colegiado n.º..... **del Colegio**.....

Firma:

Fecha



**ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, M.P.S.
PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA
CONSEJO SUPERIOR DE COLEGIOS DE INGENIEROS DE MINAS-NÚM. MW04 1560**

BOLETÍN DE : - SOLICITUD DE ADHESIÓN

- SOLICITUD DE MODIFICACIÓN

FECHA DE ALTA: (1)

En caso de solicitud de nueva alta, cumplimentar todos los datos. En otros casos cumplimentar únicamente los datos modificados.

(1) Rellenar este impreso no supone el alta automática ni la entrada en vigor de la cobertura de la póliza, dado que se realiza un proceso de admisión que debe ser superado.

1 ^{er} Apellido:		2º Apellido:		Nombre:	
F. Nacimiento:		Sexo: (M/F)	N.I.F.:		Profesión:
Domicilio:					
Localidad:			C. Postal:	Provincia:	
Teléfono fijo:		Teléfono Móvil:		E_mail:	
Colegiado nº del Colegio Oficial de Ingenieros de Minas de:					

SOLICITA: La incorporación a la Póliza Colectiva MW04 1560 en los términos de Capital Asegurado establecido en función de la edad declarada.

Si no se realiza designación expresa de beneficiarios, los mismos serán los herederos legales (Ver artículo 18 de las Condiciones Generales). En el caso de designación expresa con más de un beneficiario, indicar si el importe debe ser repartido entre todos los beneficiarios y de que forma, o según el orden señalado y excluyente.

El Asegurado puede modificar la designación cuando lo estime oportuno, mediante notificación por escrito al Asegurador.

Designación Expresa de Beneficiarios. (No es necesario rellenar, leer punto anterior)		
	Apellidos y Nombre	N.I.F :
1		
2		
3		
4		

Si fuera que alguno de los beneficiarios designados tuviera alguna discapacidad deberá hacerse constar tal circunstancia a efectos del importe del capital a percibir por el beneficiario (cláusula 2 de las Condiciones Particulares y Especiales).

Firmado en _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y del Reglamento que la desarrolla, así como de la Ley 34/2002, de 11 de Julio (Ley de Servicios de Información y del Comercio Electrónico), ASOCIACION MUTUALISTA DE LA INGENIERIA CIVIL (AMIC) le comunica la inclusión de los datos facilitados en un fichero para su tratamiento automatizado, cuya finalidad es el establecimiento y desarrollo de la relación contractual aseguradora y, si procede, de Socio Mutualista. El responsable del fichero es ASOCIACION MUTUALISTA DE LA INGENIERIA CIVIL, con domicilio en la ciudad de Madrid, calle Téllez nº 24, 1º of 3, que garantiza a todos los efectos la confidencialidad de dicha información, así como el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y, en su caso, cancelación. Tales derechos podrán ser ejercidos enviando a la dirección anteriormente indicada una solicitud firmada al respecto, en la que se incluya el nombre, apellidos y fotocopia del DNI del solicitante.

Por la aceptación del presente contrato, usted otorga el permiso expreso para que AMIC realice el tratamiento de sus datos, incluyendo aquellos que puedan ser considerados sensibles, de acuerdo con la legislación aplicable de protección de datos. Usted autoriza a que los datos facilitados puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude. Se entiende, salvo que se manifieste lo contrario del modo establecido anteriormente, que estos datos podrán ser utilizados con fines comerciales y cedidos a las entidades pertenecientes al grupo AMIC: Asociación Mutualista de la Ingeniería Civil y AMIC Gestión S.L., para remitir información por medios tradicionales o cualquier medio de comunicación electrónico, sobre cualesquiera bienes o servicios que tales entidades comercialicen directa o indirectamente. Asimismo le informamos de que los datos facilitados pueden ser cedidos a otras entidades reaseguradoras para fines de reaseguro. La obtención de sus datos y las declaraciones son necesarias para la efectiva formalización del contrato, pudiéndose denegar la formalización del seguro en caso contrario.

El solicitante manifiesta expresamente haber recibido la información a que se refieren los artículos 104, 105 y 106 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.

Cumplimentar dorso.

CUESTIONARIO RESERVADO (DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE)

¿Tiene Vd. ya un seguro de vida? En caso afirmativo, ¿en qué Compañía? ¿Cuál es el capital asegurado?	
¿Ha presentado Vd. a Compañías de Seguros sobre la Vida, solicitudes que hayan sido aplazadas, rechazadas o aceptadas en condiciones especiales?	
¿Ha sufrido Vd. enfermedades graves? En caso afirmativo: ¿Cuáles? Indicar para cada una de ellas, la época y la duración. ¿Consecuencias actuales?	
¿Ha sufrido Vd. operaciones quirúrgicas? En caso afirmativo: ¿Cuáles? ¿En qué fecha? ¿Cuáles fueron sus secuelas?	
¿Ha consultado Vd. con un médico durante los cinco últimos años? En caso afirmativo: ¿con motivo de qué enfermedades?	
¿Ha sufrido Vd. un examen médico para su admisión en la Empresa a que Vd. pertenece? ¿Cuándo?	
¿Ha fallecido su padre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Ha fallecido su madre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Ha fallecido algún hijo suyo? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Cuál es su peso (kg)?	
¿Cuál es su altura (cm)?	
¿Se encuentra Vd. en estado de invalidez total o parcial? En caso afirmativo, sírvase indicar la clase de invalidez.	

El abajo firmante, autoriza que los datos recabados en este formulario sean incluidos en un fichero de datos de carácter personal para el desarrollo y cumplimentación del seguro contratado. Asimismo, autoriza expresamente la comunicación de sus datos a profesionales sanitarios para el diagnóstico médico y la incorporación de sus conclusiones en el mencionado fichero. ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, con domicilio en calle Téllez nº24, 1º of 3, Madrid, como responsable del fichero, garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos facilitados. El solicitante declara que los datos anteriores son verdaderos, y que no se ha incidido en inexactitudes o reticencias.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE