

SOLICITUD DE SEGURO

SELECCIONE LA OPCIÓN DESEADA:

CONTRATAR PRODUCTO:

INICIA sin copago <input type="checkbox"/>	INICIA + DENTAL sin copago <input type="checkbox"/>	DENTAL <input type="checkbox"/>
INICIA con copago <input type="checkbox"/>	INICIA + DENTAL con copago <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA DESEADA: / / 201_

CAMBIO DE TITULARIDAD DE LA PÓLIZA Nº _____ **ALTA EN COLECTIVO** _____

INCLUSIÓN DE NUEVO ASEGURADO A LA PÓLIZA Nº _____ **SUPLEMENTO DENTAL PÓLIZA Nº** _____

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	
DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:

El Tomador, ¿desea ser asegurado de la póliza? SÍ NO En caso

de respuesta afirmativa, indique:

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEXO: HOMBRE MUJER ESTADO CIVIL: _____

¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? SÍ NO

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL TITULAR DE LA CUENTA:	
NIF/NIE/CIF:	
NÚMERO DE CUENTA: ES - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PERIODICIDAD RECIBOS PRIMA: <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL	

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO:	

DATOS ASEGURADOS

Asegurado 1

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Asegurado 2

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Asegurado 3

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Asegurado 4

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Asegurado 5

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

OBSERVACIONES A ESTA SOLICITUD

--

RESPONSABLE: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, mutua de seguros a prima fija con CIF V86444965 (Nueva Mutua Sanitaria).
FINALIDAD: Con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por Nueva Mutua Sanitaria, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya Ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.
LEGITIMACIÓN: Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro.
DESTINATARIOS: Tomador y asegurados.
DERECHOS: Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición y el derecho a la portabilidad de sus datos debe dirigirse a la Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, C/ Villanueva 14, 4ª, 28001 Madrid. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para los fines propios del contrato de seguro.
INFORMACIÓN ADICIONAL: Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial acerca de productos, servicios, ofertas, etc., incluidos el correo electrónico. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a la Mutua, en los términos y los fines expuestos en la presente cláusula.
LA ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA ESTÁ CONDICIONADA A LA ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD POR PARTE DE LA NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA. TIENE A SU DISPOSICIÓN NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD EN www.nuevmutuasantitaria.es/politica-privacidad.php

En _____, a ____ de _____ de _____.

D. / Dña. (Firma): _____