PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

PSN S.I.L.T.
Colectivo
Seguro de Incapacidad Laboral Total Temporal
Boletín de Adhesión

Tomador:		
SINDICATO MÉDICO DE GRANADA		***C.I.F.:*** G 1 8 1 4 2 8 6 7
Domicilio: Concepción Arenal, 3 bajo A		***C.P.:*** 1 8 0 1 2
Población: Granada		***Provincia*** Granada
Teléfono/s: 958 162 114	***Fax:*** 958 092 013	***E-mail:*** smedico@simeg.org

Asegurado/ Adherido:			
Apellidos:		*Nº de Asegurado:*	
Nombre:		*N.I.F.:*	
Domicilio:		*Población:*	
C.P.:	*Provincia:*	*Teléfono/s:*	
E- Mail:		*Fecha Nacimiento:*	*Sexo:*
Profesión:	*Nacionalidad:*	*Estado Civil:*	*Nº hijos:*
Empleado Público Dependiente del Servicio de Salud ☒ *SI*			

Coberturas:	
Incapacidad Laboral Total Temporal del día: 1º al 3º	***62 €/día***
4º al 20º	***31 €/día***

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que el Tomador proporcione, pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua), siendo la finalidad de la recogida de tales datos la formalización y gestión de la Póliza de Seguro. Asimismo, le informamos de la cesión de datos personales, adecuados, pertinentes y no excesivos, a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador en orden a la tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de su actividad aseguradora o por razones de coaseguro o reaseguro. Por otro lado, el Tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información sobre las actividades, servicios y productos de la misma y de las empresas del Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección http://www.psn.es/grupo_PSN/empresas.asp.

Los datos personales y de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza.

El Tomador y/o Asegurado podrán ejercitar, en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación dirigida a la Mutua, C/ Villanueva 11, 28001 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada. En el supuesto, de que con posterioridad al perfeccionamiento de la Póliza de Seguro, se ejercite por el Tomador y/o Asegurado su derecho de cancelación de sus datos personales u oposición al tratamiento de los mismos, necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se procederá a la cancelación del contrato, o en su caso, a la baja del contrato del Asegurado.

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la Mutua.

☐ Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación, incluidos los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN (PSN Educación y Futuro, S.A., Dr. Pérez Mateos S.A. y, Previsión Sanitaria Servicios y Consultoría, S.L.U.), cuyos sectores específicos y concretos son los servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, fondos de inversión, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

En _____ a _____ de _____ de 20

EL TOMADOR, EL ASEGURADO/ADHERIDO

Inscrita en el R.M. de Madrid, Tomo 8.785, Libro 0, Secc. 8, Hoja M-67.736. CIF V-28230688 - c/ Villanueva, 11- 28001 Madrid - Tl.: 91 / 431 12 44 - Fax 91 / 575 50 97

2802 A 06 13

Ejemplar para la Mutua

SOLICITUD SEGURO INCAPACIDAD TEMPORAL

DATOS DEL TOMADOR

Razón social: Sindicato Médico de Granada

Domicilio: C/ Concepción Arenal, 3 bajo A, edificio "Rio de Janeiro"

Localidad: Granada C.P.: 18012 Provincia: Granada

Teléfonos: 958 162 114 C.I.F: G18242867 E-mail smedico@simeg.org

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Teléfonos: _____ N.I.F: _____ Fecha Nacimiento: _____

Actividad Profesional: _____ Especialidad: _____

E-mail _____ ¿Es empleado por cuenta propia? Sí ☐ No ☐

GARANTIAS SEGURO DE I.T. AFILIADOS SINDICATO MÉDICO DE GRANADA **FECHA DE EFECTO:**_____

	Cobertura	Indemnización diaria	Franquicia	Rev.	Forma de Pago	Prima Anual
Incapacidad Temporal	365 días	30 €	30 días	0	semestral	90,00 €
Hospitalización	365 días	30 €	S/F			
Ingreso en U.C.I.	20 días	30 €	S/F			

DECLARACIÓN DE SALUD:

1. ¿Tiene previsto alguna intervención quirúrgica o parto? Sí ☐ No ☐

2. ¿Se encuentra actualmente en tratamiento por algún tipo de enfermedad? Sí ☐ No ☐

3. ¿Padece alguna enfermedad de tipo crónico? Sí ☐ No ☐

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las cuestiones, por favor especifique: _____

_____

_____

_____

_____

En _____ a, _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TOMADOR **FIRMA DEL ASEGURADO**