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

Boletín de Adhesión

Código gestor:	
Fecha de efecto:	
Nº operación:	

Tomador:		
SINDICATO MÉDICO DE GRANADA		C.I.F.: **G-18242867**
Domicilio: **CONCEPCIÓN ARENAL, 3 BAJO A**	Población: **GRANADA**	
C.P.: 1 8 0 1 2 Provincia: **GRANADA**	Teléfono/s: **958 162 114** Fax: **958 092 013**	
E-Mail: **smedico@simeg.org**	Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___	Sexo: ☐H ☐M
Profesión:	Especialidad:	
Nacionalidad:	Estado Civil:	Nº de hijos:

Asegurado/Adherido:		
Apellidos:	Nº de Asegurado:	
Nombre:	N.I.F.:	
Domicilio:	Población:	
C.P.: Provincia:	Teléfono/s: /	
E-Mail:	Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___	Sexo: ☐H ☐M
Profesión:	Especialidad:	
Nacionalidad:	Estado Civil:	Nº de 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**
- Periodo máximo de carencia de 30 días desde la contratación
- Número de prestaciones máximo anual: 4

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.

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.

Asimismo le informamos que una vez formalizada la Póliza sus datos personales serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU, con la finalidad de la gestión comercial por dicha entidad como encargado del tratamiento, de la Póliza de Seguro contratada.

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.

El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la misma.

El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación, excepto los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección http://www.psn.es/empresas-psn.

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

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN.

☐ Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la referida dirección, cuyos sectores específicos y concretos son seguros, servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

En _____ a _____ de _____ de 20_____ EL TOMADOR EL ASEGURADO/ADHERIDO

Ejemplar para la Mutua

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8. Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

AM 2802BA RE 1603/1

Mediado por "PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo S.A.U.", agencia de seguros exclusiva de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, debidamente inscrita en el Registro Administrativo especial de mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos, con la clave M0377A87382867.