



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

Boletín de Adhesión

Código gestor:	
Fecha de efecto:	
Nº operación:	

Tomador:	
SINDICATO MEDICOS DE MURCIA Mutualista: 411.725	
C.I.F.: G30070916	
Domicilio: San Diego 1, Bajo	Población: Murcia
C.P.: 30.009	Provincia: Murcia
E-Mail: correo@medicosdemurcia.com	Teléfono/s: 968 222215 Fax: 968 227154
Profesión:	Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad:	Especialidad:
	Estado Civil: Nº de hijos:

Asegurado/Adherido:	
Apellidos:	Nº de Asegurado:
Nombre:	N.I.F.:
Domicilio:	Población:
C.P.:	Provincia:
E-Mail:	Teléfono/s: /
Profesión:	Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Nacionalidad:	Especialidad:
	Estado Civil: Nº de hijos:
Empleado Público Dependiente del Servicio de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 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 proporcionará 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