

**SOLICITUD DE SEGURO**

<b>MEDIADOR:</b> BRC81, S.L.	<b>COLECTIVO:</b>	<b>FECHA ALTA DESEADA:</b> /    / 20__
------------------------------	-------------------	--

<b>CONTRATAR:</b> <input type="checkbox"/> SALUD ABOGACÍA <input type="checkbox"/> SALUD PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Inicia
--

**PRODUCTO SALUD:**     Cuadro Médico con copago     Cuadro Médico sin copago     Reembolso 150mil     Reembolso 400mil

**PRODUCTO DENTAL:**     Dental Verde     Dental Azul

<b>MODALIDAD:</b>  <input type="checkbox"/> FAMILIA JOVEN (cuadro médico sin copago) <input type="checkbox"/> Oferta Nuevo Colegiado (cuadro médico sin copago) <input type="checkbox"/> Escaldo por edad (cuadro médico con o sin copago)
--

SUPLEMENTO de Cuadro Médico CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

INCLUSIÓN DE NUEVO ASEGURADO A LA PÓLIZA Nº \_\_\_\_\_     CAMBIO DE TITULARIDAD DE LA 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:
PROFESIÓN:	

**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 _____	
PERIODICIDAD RECIBOS PRIMA: <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL	

**DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (Asistencia a Domicilio)**

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: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

### Asegurado 6

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

## OBSERVACIONES A ESTA SOLICITUD

--

**RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:** Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, con CIF V86444965 (Nueva Mutua Sanitaria), e inscrita en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número M0380.

**DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS:** Nueva Mutua Sanitaria dispone de Delegado de Protección de Datos, ante el cual usted podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales, dirigiéndose al correo electrónico siguiente: [dpo@nuevamutuasanitaria.es](mailto:dpo@nuevamutuasanitaria.es)

**FINALIDADES DEL TRATAMIENTO:** Sus datos serán tratados con la finalidad de formalizar el contrato de seguro por usted solicitado y ejecutar la prestación sanitaria garantizada.

Adicionalmente, sus datos personales, a excepción de sus datos de salud, podrán ser tratados por Nueva Mutua Sanitaria para remitirle comunicaciones comerciales acerca de nuestros productos, servicios y ofertas vinculadas al sector de la salud y el bienestar, por cualquier medio admitido en derecho, incluido el correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación electrónica que usted nos hubiera proporcionado.

Si no desea que tratemos sus datos para informarle de nuestros productos y servicios relacionados con la salud y el bienestar puede enviarnos en cualquier momento un email oponiéndose al tratamiento de sus datos con tal finalidad, a la siguiente dirección de correo electrónico: [protecciondedatos@nuevamutuasanitaria.es](mailto:protecciondedatos@nuevamutuasanitaria.es)

En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero (asegurado distinto del tomador), el aportante garantiza que ha informado a los titulares de su comunicación a la Mutua, en los términos y para los exclusivos fines expuestos en la presente cláusula, así como de los derechos que les asisten (desglosados seguidamente).

Sus datos no serán tratados por Nueva Mutua Sanitaria para la toma de decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, que pudieran producir efectos jurídicos sobre usted o afectarle significativamente de modo singular.

**LEGITIMACIÓN:** La base legitimadora del tratamiento es la presente solicitud de contrato de seguro, así como el interés legítimo del responsable del tratamiento para el envío de comunicaciones comerciales sobre sus propios productos, relacionados con la salud y el bienestar.

**DESTINATARIOS DE LOS DATOS:** Los datos necesarios para la correcta prestación de las coberturas contratadas podrán ser transmitidos entre Nueva Mutua Sanitaria y los médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de los servicios sanitarios y a los exclusivos fines del estricto cumplimiento de dichos servicios.

**DERECHOS:** Le recordamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición y el derecho a la portabilidad de sus datos. Para ejercerlos, puede ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico: [protecciondedatos@nuevamutuasanitaria.es](mailto:protecciondedatos@nuevamutuasanitaria.es), indicando en el Asunto "Derechos Protección de Datos" o, si lo prefiere, por correo postal, dirigido a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Calle Villanueva nº 14, 4º, 28001 de Madrid, especificando qué derecho quiere ejercer y enviando una fotocopia de su DNI o documento de identificación oficial equivalente en vigor.

**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.

**Para más información sobre nuestra política de protección de datos puede consultar la siguiente página web:**

<http://www.nuevamutuasanitaria.es/politica-de-proteccion-de-datos>

**LA ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA ESTÁ CONDICIONADA A LA ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD POR PARTE DE NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

D. / Dña. (firma): \_\_\_\_\_