



Código gestor:	
Fecha de efecto:	

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

Tomador:		
Nombre: SERVIMETGE SERVEIS INTEGRALS, S.L.	C.I.F.: G 07168388	
Domicilio: C/ SANTIAGO RUSIÑOL 8 ENT.	C.P.: 07012	
Población: PALMA DE MALLORCA	Provincia: PALMA DE MALLORCA	
Teléfono/s: 971 713 618	Fax:	E-mail: cesm@simebal.com

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

Soy persona, familiar muy próximo o reconocido como allegado con responsabilidad pública (que desempeña o ha desempeñado funciones públicas importantes: cargos en la Administración, empresas públicas, etc.). Art. 14 Ley 10/2010

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.

EL TOMADOR

EL ASEGURADO/ADHERIDO

En _____ a _____ de _____ de 20 _____