



la previsión mallorquina de seguros, s.a.

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, Tomo 21.305, Folio 157, Hoja n.º B-13.071 - C.I.F. A-08-190013

DOMICILIO SOCIAL Y DIRECCIÓN GENERAL: Arbau, 168-170, Entlo. 1º - Tel. 934 150 898 - 08036 BARCELONA

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE

En el caso de ser aceptada por el Asegurador la presente Solicitud de Seguro, el futuro contrato de seguro quedará sometido a la Ley española, y las instancias de reclamación, en caso de litigio, serán la jurisdicción española, el servicio de atención al cliente del Asegurador, y el organismo administrativo de control, de acuerdo con los procedimientos legalmente establecidos.

CÓDIGO MEDIADOR	EFFECTO SOLICITADO	(*) SOLICITUD N°	(*) PÓLIZA N°	(*) CLAVE
	/ /			

Datos del Solicitante / Tomador

Nombre o Razón social _____ Apellidos: _____
 Domicilio _____
 Localidad _____ CP _____ Provincia: _____
 Telf. _____ NIF/CIF _____ Fecha de nacimiento _____

Datos del Declarante / Asegurado

Nombre _____ Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento _____ NIF _____
 Domicilio _____ Telf. _____
 Localidad _____ CP _____ Provincia: _____

Actividad profesional que determina el riesgo a asegurar: _____

Indicar Régimen S.S. en el que se encuentra inscrito (general, autónomo, agrario, mutualidad): _____

Empresa: _____ Por cuenta propia

Domicilio de trabajo _____ Por cuenta ajena

Localidad _____ CP _____ Telf. _____

Domicilio de cobro: ENTIDAD [] [] [] [] OFICINA [] [] [] [] DC [] [] N° DE CUENTA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Beneficiario: Tomador Asegurado

Riesgos a asegurar, cuantía de los subsidios diarios y prima a satisfacer

Periodo Máximo de Cobertura	GARANTÍAS PRINCIPALES ALTERNATIVAS	SUBSIDIO DIARIO EN EUROS	FRANQUICIA EN DÍAS	(*) PRIMA ANUAL TOTAL EN EUROS	GRUPO DE TARIFA
365 días	ENFERMEDAD Y ACCIDENTE				I <input type="checkbox"/> GOLDEN - IV Pm
365 días	SÓLO ENFERMEDAD				II <input type="checkbox"/> STANDARD - III Pm
Periodo Máximo de Cobertura	GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS	SUBSIDIO DIARIO EN EUROS	(*) PRIMA ANUAL TOTAL EN EUROS		
365 días	HOSPITALIZACIÓN				III <input type="checkbox"/> STANDARD - III Pm
					IV <input type="checkbox"/> STANDARD - III Pm
(*) Prima anual total en euros					

IMPORTE MÍNIMO RECIBO FRACCIONADO: 60 €

FORMA DE PAGO: TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL Revalorización anual para todas las garantías %

OBSERVACIONES: _____

(*) A CUMPLIMENTAR POR LA COMPAÑÍA

PROFESIÓN		ACEPTACIÓN SOLICITUD DPTO. SELECCIÓN DE RIESGOS
CLIENTE		
FECHA EFFECTO PÓLIZA ACEPTADO		

Antecedentes sobre Seguros

- ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización? Sí No
- ¿En qué Compañía? _____ Indique la indemnización asegurada: _____

Declaración del estado de salud de la persona que se desea asegurar

Antecedentes Personales

- 1- FUMA: Sí No CANTIDAD DIARIA _____ 2- ¿ES HIPERTENSO? _____ 3- Talla _____ cms. 4- Peso _____ Kgs.
- 5- BEBIDAS ALCOHÓLICAS Sí No CANTIDAD DIARIA _____
- 6- Si ha precisado baja laboral de más de 15 días, díganos cuándo y por qué: _____
- 7- ¿Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales? Sí No En caso afirmativo indicar cuál/es _____
- 8- ¿Practica algún deporte? De qué tipo y con qué frecuencia _____
- 9- ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida? _____

Antecedentes Patológicos

En caso de que haya padecido o padezca uno o varios de los siguientes procesos, indíquenos la enfermedad y la fecha en la que lo padeció:

- 10- Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales _____
- 11- Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio _____
- 12- Enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios, etc.) _____
- 13- Procesos infecciosos o parasitarios, S.I.D.A. _____
- 14- Afecciones en la espalda y/o en la columna vertebral (lumbalgias, cervicalgias, hernias discales, etc.) _____
- 15- Procesos endocrinos y metabólicos (diabetes, trastornos glandulares, hipercolesterolemia, etc.) _____
- 16- Alteraciones del sistema nervioso _____
- 17- Alteraciones de la sangre y sistema linfático _____
- 18- Alteraciones psiquiátricas _____
- 19- Enfermedades genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.) _____
(Mujer) N° de embarazos: _____
- 20- Enfermedades de la piel (quistes, eccema, etc.) _____
- 21- Enfermedades de boca, nariz, oído y/o laringe _____
- 22- Enfermedades oculares, motivo y graduación _____
- 23- Alguna afección todavía no nombrada _____
- 24- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?, díganos el motivo de la intervención y cuándo se efectuó _____
- 25- En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o Tac, Doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, biopsias, etc.? _____
-Indique motivo y resultado de las mismas: _____
- 26- ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas, enfermedades reumáticas? ¿Ha realizado rehabilitación o fisioterapia? _____
- 27- ¿Ha sufrido algún accidente? Sí NO de qué naturaleza y en qué fecha _____
- 28- ¿Con qué lesiones? _____
- 29- ¿Ha dejado secuelas? _____

Estado Actual

- 30- ¿Está en la actualidad bajo control médico?, indíquenos tratamiento terapéutico y motivo _____

El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar, autoriza expresamente a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., a la inclusión en sus ficheros y tratamiento de todos los datos de carácter personal que le fueran facilitados para el mantenimiento de la futura relación contractual, la elaboración de estudios estadístico-actuariales, prevención del fraude y el envío de información comercial. Asimismo, autoriza expresamente a los profesionales que presten sus servicios al Asegurador para que puedan comunicar a éste todos los datos personales generados con las mismas finalidades. Asimismo dichos datos permanecerán en los ficheros de la Compañía aun en el caso de que no se formalice la Póliza y estarán sujetos, mediante solicitud escrita del interesado, a los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de acuerdo con la legislación vigente.

El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar manifiestan que las declaraciones contenidas en esta Solicitud que ha de servir de base para la valoración del riesgo por el Asegurador, son en un todo EXACTAS y VERACES y conocen que su omisión o falta de veracidad puede dar lugar a la pérdida de la prestación y a la rescisión del contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley. Asimismo autorizan a cualquier médico o institución que le haya asistido o reconocido en sus dolencias a revelar a la Compañía la información que ésta considere necesaria.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL DECLARANTE / ASEGURADO

EL SOLICITANTE / TOMADOR



ingeniariak

GIPUZKOAKO INDUSTRI INGENIARIEN ELKARGO OFIZIALA
COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS INDUSTRIALES DE GIPUZKOA

CLÁUSULA LEGAL RGPD:

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS INDUSTRIALES DE GIPUZKOA – INGENIARIAK (en adelante, INGENIARIAK) con CIF Q7055002E y domicilio social sito en C/ ZUBIETA, 38 BAJO 20007, DONOSTIA-SAN SEBASTIAN (GUIPUZCOA), con la finalidad de poder gestionar las condiciones y ventajas de ser colegiado o adherido. En cumplimiento con la normativa vigente, INGENIARIAK informa que los datos serán conservados el plazo estrictamente necesario para cumplir con las finalidades establecidas anteriormente, salvo que exista obligación legal de conservación.

Con la presente cláusula queda informado de que sus datos serán comunicados a Ortega y Azagra, Correduría de Seguros, con la finalidad de cumplir con la prestación del servicio anteriormente mencionado y para suscribir el seguro ofrecido a los miembros del colegio. También se cederán a Ortega y Azagra, Correduría de Seguros, mediante correo electrónico, todos los informes (médicos y de salud), documentos e impresos que el asegurado facilite al Colegio con el fin de que se pueda cumplir con la prestación del servicio contratado. El hecho de no facilitar los datos a las entidades mencionadas implica que no se pueda cumplir con la prestación de los servicios.

Adicionalmente, INGENIARIAK informa que para la prestación del servicio de seguros será necesario el tratamiento de sus datos de salud. Se informa que dichos datos se conservan durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad.

INGENIARIAK informa que los tratamientos están legitimados por el consentimiento del interesado.

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de INGENIARIAK, Consultores Sayma, S.A., dirigiéndose a la dirección de correo dpd@sayma.es

INGENIARIAK informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que INGENIARIAK se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico ingeniariak@ingeniariak.eus. Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

En último lugar, INGENIARIAK informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.

Fecha de cumplimentación del impreso: _____ Firma: _____