



PSN S.I.L.T. Colectivo

Seguro de Incapacidad Laboral Total Temporal

Boletín de Adhesión

Código gestor:	
Fecha de efecto:	
Nº operación:	

Tomador:	
	C.I.F.:
Domicilio:	Población:
C.P.:	Provincia:
E-Mail:	Teléfono/s: Fax:
Profesión:	Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: ☐ H ☐ 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: ☐ H ☐ M
Nacionalidad:	Especialidad:
	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.

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 los servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, fondos de inversión, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

EL TOMADOR

EL ASEGURADO/ADHERIDO