



# SOLICITUD DE SEGURO

## MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL UNIÓN PROTECTORA

Nueva  Modificación Póliza N°:

### Datos del Solicitante

Nombre del Tomador: D.N.I.:

Dirección:

Población: Provincia: C.P.: Telefono:

Nombre del Asegurador Titular: D.N.I.:

Fecha de Nacimiento: Estatura: Peso: Sexo:  M  F Estado Civil:  Soltero  Divorciado  
 Casado  Viudo  Otro

E-mail: Teléfono:  
Teléfono Móvil:

### Personas a Incluir

Nº	Apellidos y Nombre	D.N.I.	Fech. Nac.	Sexo M/F	Estatura MT.	Peso KG	Parentesco

Forma de Pago:  Anual  Semestral  Mensual

Declaro que he leído cuidadosamente todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud y que ellas son verdaderas, completas y exactas. Que no he omitido ni disimulado ningún hecho, ni circunstancia que pueda modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para apreciar el riesgo y fijar la prima del seguro correspondiente formado parte integrante del contrato, y que conozco que en caso de fraude o declaraciones falsa u omisiones cesa la responsabilidad del Asegurador quedando nulo el contrato de seguro.

Autorizo al Asegurador para obtener cualquier información relacionada con mi estado de salud o de mis familiares inscritos, a todos los médicos, clínicas u hospitales e instituciones similares, incluyendo copias de registros, renuncio a la índole reservada en toda información adquirida en cualquier tiempo, y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dichos asuntos.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento General (UE) 2016/679 de Protección de Datos le informamos que los datos facilitados a lo largo de la prestación del servicio se incorporarán a la Actividad de Tratamiento titularidad de **MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL UNIÓN PROTECTORA** con CIF **V15.305.782** y domicilio en Rúa do Hórreo N° 19, 1° izquierda, escalera B, 15.702, Santiago de Compostela (A Coruña). La finalidad de dicho tratamiento es prestarle un óptimo servicio como cliente y el mantenimiento de la relación comercial en su caso establecida.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento, mediante escrito, acompañado de copia de documento oficial que le identifique dirigido a la dirección arriba indicada. Asimismo, y de igual manera, puede revocar el consentimiento prestado a la recepción de comunicaciones comerciales de conformidad con lo dispuesto en la Ley 34/2002.

Declaro que entiendo y acepto la Política de Privacidad del sitio web [www.unionprotectora.com](http://www.unionprotectora.com)

En último lugar, la empresa le informa que con la firma del presente documento, otorga el consentimiento para el tratamiento de sus datos con la finalidad anteriormente mencionada.

En Santiago, a                      de                      de 20

Firma del Tomador

Firma del Asegurado Titular