



SOLICITUD DE SEGURO

Nueva Póliza	Modificación de Datos	Baja de Póliza	Alta Beneficiario	Fecha de Efecto de la Póliza / /	Fecha de Vencimiento de la Póliza / /	Prima Anual
--------------	-----------------------	----------------	-------------------	-------------------------------------	--	-------------

TOMADOR DEL SEGURO

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por Mutuality de Prevision Social Unión Protectora

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	Nº de Póliza			
Fecha de Nacimiento / /	Sexo Hombre Mujer Otro	Estado civil			
Domicilio			Población		
Provincia	Código Postal	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail	

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	CÓDIGO CLIENTE			
Fecha de Nacimiento / /	Sexo Hombre Mujer Otro	Estado civil			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	E-mail		
Parentesco con Tomador (Cónyuge/ Pareja /Hijo/a)					

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	CÓDIGO CLIENTE			
Fecha de Nacimiento / /	Sexo Hombre Mujer Otro	Estado civil			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	E-mail		
Parentesco con Tomador (Cónyuge/ Pareja /Hijo/a)					

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	CÓDIGO CLIENTE			
Fecha de Nacimiento / /	Sexo Hombre Mujer Otro	Estado civil			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	E-mail		
Parentesco con Tomador (Cónyuge/Pareja/ Hijo/a)					

ASEGURADO 4

N.I.F./N.I.E	Nombre y Apellidos	CÓDIGO CLIENTE			
Fecha de Nacimiento / /	Sexo Hombre Mujer Otro	Estado civil			
Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	E-mail		
Parentesco con Tomador (Cónyuge/ Pareja/ Hijo/a.)					

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria:					
IBAN:					
Forma de Pago:	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual	

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 falsas 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 PREVISION SOCIAL UNIÓN PROTECTORA con CIF V15.305.782 y domicilio en Rúa do Hórreo Nº 19, 1º 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.

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.

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma: / /

La emisión de la póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Mutuality.

Información previa a la contratación

El Tomador reconoce con su firma en el anverso de la solicitud de seguro haber sido informado en la fecha de ésta de lo indicado a continuación, en cumplimiento de los arts. 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, y 122 y 126 de su Reglamento de desarrollo, y haber recibido, en su dirección de correo electrónico facilitada en la solicitud de seguro, o en su defecto en papel, el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud. MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL, UNIÓN PROTECTORA no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente solicitud y se reserva el derecho de aceptación o rechazo de la misma a los efectos de la contratación del seguro.

LEGISLACIÓN APLICABLE:

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre).

ENTIDAD ASEGURADORA:

Mutualidad de Previsión Social, UNIÓN PROTECTORA, con domicilio social en la C/ Hórreo,19-1º Izquierda, Escalera B (15702 Santiago de Compostela, España) y NIF V-15305782. Corresponde a la Dirección Xeral de Política Financeira, Tesouro e Fondos Europeos de la Consellería de Facenda y Administración Pública de la Xunta de Galicia el control y supervisión de su actividad. MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL, UNIÓN PROTECTORA divulgará a través de su página web el informe legal sobre la situación financiera y de solvencia en los plazos previstos en la normativa vigente.

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES. COMUNICACIONES.

El Tomador autoriza a Mutualidad de Previsión Social, UNIÓN PROTECTORA a que utilice su número de teléfono móvil y su dirección de correo electrónico para remitirle las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos. El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por Mutualidad de Previsión Social, UNIÓN PROTECTORA a su domicilio, correo electrónico o teléfono facilitados en la solicitud de seguro, mientras no comunique su cambio.

El Tomador acepta los anteriores términos en su nombre y en el de los asegurados de la póliza que se registren y obtengan su propia clave identificativa, a quienes el Tomador informará de dichos términos.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

Para cualquier reclamación sobre el contrato de seguro, el tomador, asegurado, beneficiario, tercero perjudicado o derechohabiente de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

- Al Servicio de atención al mutualista o en cualquier oficina abierta al público de la Mutualidad de Previsión Social, UNIÓN PROTECTORA. Podrá efectuarse personalmente o mediante representación, en soporte papel o medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos. Más información sobre el procedimiento en https://unionprotectora.com/documento/Servicio_de_Atencion_al_Mutualista.pdf
- Agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación por escrito facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, ante el Servicio de Reclamaciones en la Dirección Xeral de Política Financeira, Tesouro e Fondos Europeos de la Consellería de Facenda y Administración Pública de la Xunta de Galicia, con domicilio en los Edificios Administrativos de San Caetano, s/n. Correo electrónico: dx.politica.financeira.tesouro.fondos.europeos.facenda@xunta.gal. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.
- Le informamos que Mutualidad de Previsión Social UNIÓN PROTECTORA no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo sin perjuicio de poder acudir el asegurado a las instancias administrativas y judiciales previstas en el procedimiento de reclamaciones que figura en las condiciones generales de su póliza. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes, que serán los del domicilio del asegurado.

Orden de domiciliación de adeudo

El Tomador y Deudor de la prima de seguro, con su firma en el anverso de esta solicitud, autoriza a MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL, UNIÓN PROTECTORA a que presente al cobro, en la cuenta corriente igualmente indicada en el anverso, el importe relativo a la prima de seguro de la póliza objeto de esta solicitud y cualquier otra cantidad cuyo pago corresponda al Tomador en virtud de dicha póliza. Igualmente autoriza a la entidad bancaria a efectuar dichos adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de Mutualidad de Previsión Social, UNIÓN PROTECTORA

Información básica sobre Protección de Datos

- Responsable: Mutualidad de Previsión Social UNIÓN PROTECTORA, con domicilio social en la C/ Hórreo, 19-1º Izquierda, Escalera B, 15702 Santiago de Compostela, España.
- Finalidad: Los datos personales que aporta el Solicitante relativos al Tomador y Asegurados, incluyendo sus datos de salud, se tratarán con las siguientes finalidades: Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; Prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro; Gestión del riesgo actuarial; Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Mutualidad de Previsión Social, UNIÓN PROTECTORA por mandato legal, entre otras, aquellas relativas a la normativa de seguros, leyes tributarias y normativa de protección de datos; Análisis de sus intereses y necesidades con base en los datos proporcionados por usted, incluyendo aquellos datos personales que se hayan generado como consecuencia del servicio prestado por Mutualidad de Previsión Social UNIÓN PROTECTORA y aquellos que se hayan obtenido por otros medios. Envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica; Llevar a cabo procedimientos de anonimización de sus datos personales.

- Información adicional: encontrará información en relación al tratamiento de sus datos personales en https://unionprotectora.com/RGPD/POLITICA_DE_PRIVACIDAD.pdf
- Legitimación: Ejecución del contrato, cumplimiento de obligaciones legales, interés legítimo, fines de investigación científica y/o estadística y consentimiento tal y como se detalla en la Información Adicional.
- Destinatarios: Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras. Además de lo anterior, encargados del tratamiento cuya transferencia internacional se basa en la autorización de la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos y/o en Cláusulas Contractuales Tipo.
- Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la Información Adicional.

He leído y entiendo la información proporcionada en relación al tratamiento de mis datos personales.

Firma del Tomador/Asegurado

Fecha:
 día mes año