

solicitud de seguro de asistencia sanitaria



dir:
Liborio García, 1. 1º
29005 Málaga
tel: 952 216 522 fax: 952 216 600
net:
www.previsionmedica.com
info@previsionmedica.com

Previsión Médica S.A.
Reg. Merc. de Málaga,
tomo 66,
folio 168,
hoja 561,
fecha: 26.1.57.
c.f.i.: a-29.00 33 81

SOLICITUD NÚMERO:

CUESTIONARIO NÚMERO:

datos a cumplimentar por la compañía



Agencia Prod.		Agencia Cobro		Meses Comisión	
Delegación:	Número de Póliza:	Reemplaza al Número:	Ha/n estado asegurado/s antes con Previsión Médica:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
			En caso afirmativo indique fecha de baja:	Motivo:	

datos del tomador

Nombre y Apellidos:			N.I.F.:		
Domicilio:					C.P.:
Población:			Provincia:		
Teléfono:		Móvil:	e-mail:		
Domicilio de Correspondencia (en caso de no coincidir con el del Tomador):					

datos de la póliza

Forma de pago:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual	
Fecha de Efecto:				Prima:	
Modalidad de Seguro:	<input type="checkbox"/> Base	<input type="checkbox"/> Estándar	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Dorada	<input type="checkbox"/> Dental

datos de los asegurados

	Nombre y Apellidos:	Parentesco	Sexo	Fecha Nacimiento	Fecha Inclusión	Edad	N.I.F.
1							
2							
3							
4							
5							
6							

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a la Compañía de Seguros Previsión Médica, S.A. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro*.

En
A de de
Solicitante/Tomador

orden de domiciliación de adeudo



Compañía de Seguros
Previsión Médica S.A.

Liborio García, 1. 1º
29005 Málaga
España

Identificador del acreedor:
ES32000A29003381

Nombre del deudor:			
Dirección del deudor:			
C.P. / Población:			
Provincia / País:			
Swift BIC:			Ref. de la orden de domiciliación:
Número de cuenta - IBAN:			
Tipo de pago:	<input type="checkbox"/> Pago recurrente	<input type="checkbox"/> Pago único	
Localidad / Fecha:			
Firma del deudor:			

Reg. Merc. de Málaga,
tomo 66, folio 168, hoja 561,
fecha: 26.1.57.

c.f.i.: a-29.00 33 81

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

**TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.**

