

CUADRO A RELLENAR POR EL IGUALATORIO	
Modalidad.....
Póliza.....
C.F. procede del nº.....
Esposa procede del nº.....
Casados el..... de..... de 20.....
MEDIADOR Cód.....
Nombre.....

No válido como cobertura provisional RD 7/2001 del 12/01

SOLICITUD DE INGRESO

D. nacido el ... / ... / ..., E. Civil e-mail
 Dirección C. Postal Población
 Teléfono fijo Móvil Profesión N.I.F.
 Razón Social donde presta sus servicios Cargo

Domicilio del beneficiario en caso de ser distinto del Tomador:.....
 Enterado de la finalidad perseguida por esta Compañía a través de las "Normas Generales y Condiciones Particulares" que establece en su "Póliza", solicita ser admitido como asegurado de la misma en la Modalidad de SERVICIOS COMPLETOS O RESTRINGIDOS¹, deseando incluir también como Beneficiarios a las personas de su familia que, teniendo residencia habitual en su domicilio, viviendo todas ellas a sus expensas y sin que exista dependencia laboral, a continuación detalla:

BENEFICIARIOS

Nº Orden	NOMBRE Y APELLIDOS	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Estado	Profesión	N.I.F.	e-mail
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

Le informamos que el cuestionario de salud que debe cumplimentar, es sumamente importante para la aceptación de su solicitud.

Artículo 10 Ley de Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de Octubre: "El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo". "El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro".

Aprovechamos para indicarle que en caso de sufrir algún padecimiento y/o haber tenido alguna intervención quirúrgica, deberá aportarnos informe médico de la misma.

Todos estos trámites evitarán que se retrase la contestación a la aceptación o denegación de su solicitud por parte de este IGUALATORIO CANTABRIA.

También manifiesta que se compromete a satisfacer la prima de € anuales, correspondiente a la Póliza de servicios (Completo ó Restringidos)¹ y los Suplementarios que desea concertar.

¹ Táchese lo que no proceda.

¿Forma parte de una unidad familiar?: SI NO ¿Cuántos hijos tiene conviviendo con usted?

como beneficiario?.....

¿Ha pertenecido anteriormente al Igualatorio

como titular?

¿Pertenece Vd. a la Seguridad Social?

¿Qué médico de cabecera le asiste? Dr. D.

¿Está Vd. Asegurado en alguna Entidad de Seguro Voluntario de Enfermedad?

En caso afirmativo ¿en cuál?

Médico de cabecera que elige, Dr. D.

Practicante D.

El pago de las primas será efectivo a través del Banco/Caja Titular de la Cuenta

BANCO				SUCURSAL				D. C.		Nº de CUENTA											

FORMA DE PAGO: MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL

La presente solicitud de ingreso será examinada por la Entidad, quien decidirá si procede acceder o no a ella, a la vista de los informes y demás datos que tenga para juzgar el caso, no cabiendo recurso alguno contra la decisión que adopte.

En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le comunica que los datos personales que nos facilite (incluidos los de salud) quedarán recogidos en los ficheros de Igualatorio Cantabria, debidamente inscritos en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos con la finalidad de gestionar su Póliza de Salud. El Asegurador se obliga a conservar de forma confidencial los datos facilitados por el Tomador del Seguro y/o Asegurado. Por lo que se refiere a los datos de salud del Asegurado, bien declarados en el Cuestionario de Salud o conocidos como consecuencia de siniestros, podrán ser comunicados por el Igualatorio a profesionales sanitarios, centros u hospitales médicos prestadores de dicha asistencia y viceversa con la misma finalidad. Mediante su firma consiente este tratamiento y cesiones de los datos. En caso de oponerse a ellas, no podrá procederse a la cobertura de la asistencia.

Asimismo el Asegurador queda autorizado para remitir información al Tomador y/o el Asegurado, sobre bienes y servicios que pudieran ser del interés de aquellos.

Podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos dirigiéndose por escrito a Igualatorio Cantabria (C/Juan de Herrera nº 18, 2ª-Planta - 39002 Santander).

Santander, a de de 20.....

EL SOLICITANTE

INFORMACIÓN ADICIONAL

(A RELLENAR POR EL IGUALATORIO)

Aceptada-Denegada con fecha¹

Solicitud recibida el

Observaciones

.....

.....

.....

.....

¹ Táchese lo que no proceda