




SOLICITUD DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA EN CASO DE BAJA LABORAL POR ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL

Fecha solicitud:	 	Código mediador: 2808900			
DATOS TOMADOR					
Nombre:	Apellidos:	Fecha Nacimiento:			
Domicilio:	Población:	CP:			
Provincia:	CIF/NIF:	Fecha Efecto:			
Correo electrónico:					
Forma de Pago:	Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>		Las primas indicadas tendrán un recargo del 2%		
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:				
IBAN					
ES					
Profesión:	Grupo de Riesgo:				
COBERTURAS					
El período máximo de indemnización será de 20 días por cada baja laboral. Para cada anualidad, se establece un límite máximo de 5 casos, no pudiendo superar los 50 días en su totalidad.					
SALARIO NETO	Inferior a 1.000€	De 1.001€ a 1.500€	De 1.501€ a 2.000€	De 2.001€ a 3.000€	Más de 3.000€
Subsidio Diario Del día 1 al 3	10€	20€	30€	40€	50€
Subsidio Diario Del día 4 al 20	5€	10€	15€	20€	25€
Profesión sin Riesgo ¹	19,55€	38,22€	57,33€	76,44€	95,56€
Profesión con Riesgo ¹	25,41€	49,69€	74,53€	99,38€	124,22€

¹ Se asumen preexistencias, excepto las de patologías graves detalladas.

FIRMA DEL TOMADOR

La prima incluye Consorcio y Fondo Mutuo. Las primas de este proyecto pueden ser modificadas por agravaciones del riesgo por profesión o estado de salud.
Hasta la emisión de la póliza este documento no tiene validez contractual.

A efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y con tal de proteger mis derechos, autorizo a Previsora General a utilizar mis datos personales para la gestión administrativa de mi solicitud. El solicitante manifiesta que las declaraciones contenidas en esta solicitud, son EXACTAS y VERACES. En cumplimiento de dicha Ley, los datos facilitados serán tratados con la máxima confidencialidad y formarán parte de los ficheros, debidamente inscritos, de PREVISORA GENERAL, MPS a Prima Fija, con CIF V58782145 y domicilio social al C/ Balmes núm. 28, 08007 Barcelona, pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a los datos personales, enviando una comunicación por escrito a PREVISORA GENERAL, C/ Balmes núm. 28, 08007 de Barcelona, o a la dirección de correo electrónico: lopd@previsorageneral.com.

CUESTIONARIO DE SALUD
Declaración del estado de salud de la persona que desea asegurar

(Indicar con un círculo las casillas SI/NO)

1. Fuma: SI NO Cantidad diaria:	Bebidas alcohólicas: SI NO Cantidad diaria:
2. Altura: cm Peso: Kg.	Tensión Arterial: Max. Min.
3. ¿Ha precisado de una baja laboral de más de 15 días?	SI NO
4. Trastornos del aparato digestivo, hígado, vesícula biliar, ano rectales.	SI NO
5. ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentos y/o tendinosas? ¿Enfermedades reumáticas?	SI NO
6. Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio.	SI NO
7. Enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios, etc.)	SI NO
8. ¿Alguna enfermedad todavía no nombrada? Detallar en caso de responder sí:	SI NO

En caso de respuesta afirmativa, indique número de pregunta, fecha en que lo padeció, enfermedad y estado actual:

Previsora General se reserva el derecho de realizar un cuestionario de salud más completo en función de las respuestas de esta declaración de salud.

A los efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y con tal de proteger mis derechos, autorizo a Previsora General, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, a utilizar mis datos personales con tal de informarme de sus servicios y productos, así como para la gestión administrativa de mi solicitud y/o valoración del riesgo de mi solicitud. Asimismo, y con tal de que pueda cumplir las finalidades relacionadas directamente con sus legítimas funciones y las del cesionario, autorizo también a Previsora General, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, a ceder dichos datos personales a las entidades en que participe, a las entidades o las fundaciones a las cuales está vinculada, a otras personas o entidades con el objeto de facilitar la tramitación de los siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador con la finalidad estadística o por razones de reaseguros, y a entidades financieras a efectos de domiciliación bancaria, dado el caso; todo esto si no se reciben instrucciones contrarias por mi parte, de acuerdo con los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos personales antes mencionados, que podrán ejercerse enviando una comunicación por escrito a PREVISORA GENERAL, calle Balmes número 28, de Barcelona o al correo electrónico lopd@previsorageneral.com. El solicitante y/o la persona que se desea asegurar manifiestan que las declaraciones contenidas en esta Solicitud, que ha de servir de base para la valoración del riesgo por el asegurador, son en un todo EXACTAS y VERACES, y conocen que su omisión o falta de veracidad puede dar lugar a la pérdida de la prestación y a la rescisión del contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley. Asimismo autorizo a cualquier médico o institución que me haya asistido o reconocido en mis dolencias, a revelar a la Mutualidad la información que ésta considere necesaria.

FECHA

FIRMA DEL DECLARANTE/ASEGURADO