



MÚTUA
General de Catalunya

C. Tuset, 5-11 - 08006 Barcelona
Tel. 93 414 36 00 - Fax 93 201 22 22

SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Núm. mutualista Nº mutualista	Núm. beneficiari Nº beneficiario	Núm. cap de família Nº cabeza de familia

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DATOS DEL / DE LA SOLICITANTE

<input type="text"/> 1r cognom / 1er apellido		<input type="text"/> 2n cognom / 2º apellido		Sexe / Sexo <input type="checkbox"/> Fem.(F) <input type="checkbox"/> Masc.(M)	
<input type="text"/> Nom / Nombre		<input type="text"/> NIF (No oblidí consignar les lletres) (No olvide consignar las letras)		<input type="text"/> Data de naixement Fecha de nacimiento	
<input type="text"/> Adreça / Dirección		<input type="text"/> Número		<input type="text"/> Pis Piso	
<input type="text"/> Població / Población		<input type="text"/> CP		<input type="text"/> Província Provincia	
<input type="text"/> Telèfon 1 Teléfono 1		<input type="text"/> Telèfon 2 Teléfono 2		<input type="text"/> Porta Puerta	

Adreça electrònica Vull rebre la correspondència en: ☐ català ☐ castellà
Dirección electrónica Quiero recibir la correspondencia en: ☐ catalán ☐ castellano

Sol·licito la meua inscripció i la de tot el col·lectiu familiar detallat a les seccions que s'especifiquen, corresponent a l'assegurança col·lectiva subscrita entre la **Mutualitat de Previsió Social del Col·legi Oficial d'Enginyers Industrials de Catalunya** i la **Mútua General de Catalunya de Previsió Social**. / Solicito mi inscripción y la de todo el colectivo familiar detallado a las secciones que se especifican en el cuadro de la página siguiente, correspondiente al seguro colectivo suscrito entre la **Mutualitat de Previsió Social del Col·legi Oficial d'Enginyers Industrials de Catalunya** y la **Mútua General de Catalunya de Previsió Social**.

COL·LECTIU FAMILIAR / COLECTIVO FAMILIAR								
	Nom / Nombre	Parentiu Parentesco	Núm. beneficiari Nº beneficiario (*)	Professió Profesión	(**)	Data naixement Fecha de nacimiento	NIF - NIE	Sexe / Sexo (F) - (M)
1	Sol·licitant / Solicitante	_____				_____	_____	_____
2								
3								
4								
5								
6								

* Si ja és mutualista de M.G.C., indiqui'n el número. / Si ya es mutualista de MGC, indique el número.

** Si és autònom, marqui la casella amb una X. / Si es autónomo, marque una X en la casilla.

AFILIACIÓ A LES SECCIONS / AFILIACIÓN A LAS SECCIONES	
Secció / Sección: ASSISTÈNCIA SANITARIA QUADRE MÈDIC AMPLIAT	Cobertura:
Secció / Sección: INDEMNITZACIÓ PER PRÒTESIS	Cobertura:
Secció / Sección: ASSISTÈNCIA EN VIATGE	Cobertura:

Observacions / Observaciones:

Nom i cognoms de la persona sol·licitant
Nombre y apellidos de la persona solicitante

NIF (No oblidí consignar les lletres)
(No olvide consignar las letras)

1.- EFECTIVITAT DE LA INSCRIPCIÓ / EFECTIVIDAD DE LA INSCRIPCIÓN

La inscripció de la pàgina anterior serà efectiva el primer dia del mes següent a la data en què sigui aprovada per part de la Junta Directiva. / *Esta inscripción será efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación por parte de la Junta Directiva.*

2.- NORMATIVA REGULADORA / NORMATIVA REGULADORA

Declaro conèixer i acceptar els estatuts i els reglaments de la Mútua General de Catalunya de Previsió Social. / *Declaro conocer y aceptar los estatutos y reglamentos de Mútua General de Catalunya de Previsión Social.*

3.- RENUNCIA PER PATOLOGIES PRE-EXISTENTS / RENUNCIA POR PATOLOGÍAS PREEXISTENTES

D'acord amb la normativa reguladora, renuncio a qualsevol prestació que es pogués derivar de situacions, malalties o defectes congènits de què estigui afectat, i d'altres existents anteriorment, tant del sotassinat com del col·lectiu familiar inscrit. / *Conforme dispone la normativa reguladora, renuncio a cualquier prestación que pudiera derivarse de situaciones, enfermedades o defectos congénitos de los que esté afectado, así como de otros existentes con anterioridad, tanto del abajo firmante como del colectivo familiar inscrito.*

4.- LLEI DE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS / LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

S'autoritza la Mútua General de Catalunya per utilitzar les meves dades personals de què disposi, per a la finalitat per a la qual siguin recaptades, així com:

1. Per informar-me de serveis i productes.
2. Per cedir-les, en exercici de les funcions de la Mútua, a entitats en les que participi o estigui vinculada, a d'altres persones, entitats i institucions que col·laborin amb la Mútua o amb les que cooperi per raons de reassurança o tramitació de sinistres, i a les entitats financeres per a la domiciliació bancària.
3. Per incorporar-les, fins i tot finalitzada la relació contractual, als fitxers que hagi d'elaborar amb finalitats de col·laboració estadística actuarial o de prospecció tècnica i comercial.

Consenteixo que la Mútua tracti informàticament les meves dades personals, incloses les de salut, quan hagi de complir, controlar o executar prestacions garantides, així com que siguin comunicades entre la mutualitat, metges i centres sanitaris. En cas de ser sotmès a qualsevol prestació sanitària, consenteixo el tractament de les dades resultants per part de la Mútua i la cessió d'aquestes entre els prestadors de serveis i la mutualitat. Les dades seran adequades, pertinents i no excessives per a les esmentades finalitats. No es podran fer efectives les prestacions cobertes en cas d'oposició al tractament o a la cessió de les dades, degut a la impossibilitat de determinar aspectes regulats en el contracte d'assegurança.

L'esmentada utilització s'efectuarà sempre respectant la legislació vigent i observant totes les mesures de seguretat que garanteixin la confidencialitat de les dades.

He estat degudament informat que les dades s'integraran en un fitxer automatitzat, en poder de la Mútua i del qual n'és responsable, i que se'm garanteixen els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació, per a l'exercici dels quals em puc dirigir a la Mútua.

Se autoriza a Mútua General de Catalunya a utilizar mis datos personales de los que disponga, para la finalidad para la cual sean recabados, así como:

1. Para informarme de servicios y productos.
2. Para cederlos, en ejercicio de las funciones de la Mútua, a, entidades en las que participe o esté vinculada; a otras personas, entidades e instituciones que colaboren con la Mútua o con las que coopere por razones de reaseguro o tramitación de siniestros, y a las entidades financieras para la domiciliación bancaria.
3. Para incorporarlos, incluso finalizada la relación contractual en los ficheros que deba elaborar con finalidades de colaboración estadística actuarial o de prospección técnica y comercial.

Consiento en que la Mútua trate informáticamente mis datos personales, incluidos los de salud, cuando deba cumplir, controlar o ejecutar prestaciones garantizadas, así como para que sean comunicados entre la mutualidad y los médicos i centros sanitarios. En caso de ser sometido a cualquier prestación sanitaria, consiento el tratamiento de los datos resultantes por parte de la Mútua, y la cesión de éstos entre los prestadores de servicios y la mutualidad. Los datos serán adecuados, pertinentes y no excesivos para las citadas finalidades. No se podrán hacer efectivas las prestaciones cubiertas en caso de oposición al tratamiento o la cesión de los datos, debido a la imposibilidad de determinar aspectos regulados en el contrato de seguro.

La citada utilización se efectuará respetando siempre la legislación vigente, y observando todas las medidas de seguridad que garanticen la confidencialidad de los datos.

He sido debidamente informado de que los datos se integrarán en un fichero automatizado, en poder de la Mútua y del cual es responsable, y de que se me garantizan mis derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, para el ejercicio de los cuales me puedo dirigir a la Mútua.

5.- ENREGISTRAMENT DE CONVERSES TELEFÒNIQUES / GRABACIÓN DE CONVERSACIONES TELEFÓNICAS

S'autoritza la Mútua a gravar les converses telefòniques derivades de la inscripció i a utilitzar-les en els seus processos de control de qualitat o com a mitjà de prova en procediments judicial o arbitrals, tot preservant sempre la confidencialitat. / *Se autoriza a la Mútua para grabar las conversaciones telefónicas derivadas de esta inscripción i para que las utilice en sus procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la confidencialidad.*

6.- INFORMACIÓ PRÈVIA / INFORMACIÓN PREVIA

Reconec haver rebut, per part de la Mútua, i amb anterioritat a la signatura de la present sol·licitud, la informació prèvia exigida pels articles 104 i/o 105 del Reglament d'Ordenació i Supervisió de les Assegurances Privades. / *Reconozco haber recibido, por parte de la Mútua, y con anterioridad a la firma de la presente solicitud, la información previa exigida por los artículos 104 y/o 105 de Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.*

Població / Población

Data / Fecha

Signatura / Firma

ÒRGAN ADMINISTRATIU DE CONTROL / ÓRGANO ADMINISTRATIVO DE CONTROL

Direcció General de Política Financera i Assegurances de la Generalitat de Catalunya.

FULLS DE RECLAMACIÓ-DENÚNCIA / HOJAS DE RECLAMACIÓN-DENUNCIA

D'acord amb la normativa vigent, els establiments d'atenció al mutualista d'aquesta entitat disposen de fulls de reclamació/denúncia. / *Conforme a la normativa vigente, los establecimientos de atención al mutualista de esta entidad disponen de hojas de reclamación/denuncia.*