

Boletín de Adhesión - Plan de Salud CIGNA



RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre de su Empresa o Tomador	MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL COL·LEGI D'ENGINYERS INDUSTRIALS CATALUNYA (NIF: G-08430191)	N.º Póliza Subcolectivo
--------------------------------	--	-------------------------

Fecha de Alta	Fecha de Baja	Fecha de Modificación
---------------	---------------	-----------------------

Titular / Empleado

Apellidos y Nombre ⁽¹⁾	N.I.F.:		
Domicilio			
Población	C.P.	Provincia	
Teléfono	E-mail		
Fecha de nacimiento	Profesión	Sexo	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
¿Ha estado cubierto con otro Seguro de Enfermedad o Asistencia Sanitaria durante los últimos doce meses?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Con qué Entidad? (Adjuntar 12 últimos recibos o certificados de Aseguramiento)		Fecha en la que el empleado fue contratado en la Empresa	

Familiares Dependientes (Rellenar si se contrata cobertura familiar)

Apellidos y Nombre ⁽¹⁾	Parentesco ⁽²⁾ (cónyuge, hijo...)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo (H/M)	Cobertura en los últimos 12 meses

(1) Indicar apellidos y nombre como deseen que aparezcan en sus tarjetas CIGNA.
(2) Los hijos mayores de 19 años y menores de 25 deberán adjuntar certificado de estar estudiando.

Datos del banco (para productos con reembolso)			
Entidad	Oficina	D.C.	N.º Cuenta

OBSERVACIONES / COBERTURAS ADICIONALES:

Los abajo firmantes solicitan		
La inclusión de la/s persona/s indicada/s en los apartados "Titular/Empleado" y/o "Familiares Dependientes" en la Póliza Colectiva arriba referida, cuya Cobertura y Condiciones Generales declaran conocer y aceptar expresamente.		
Firma del Tomador	Firma del Asegurado Titular	Fecha
Las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados de la Póliza, incluidas expresamente las que aparecen en los Artículos 1, 2 y 3 de sus Condiciones Generales, han sido aceptadas específicamente por el Tomador en nombre de todos los asegurados a incluir en el seguro, lo cual RATIFICA expresamente el Asegurado Titular.		

PROTECCIÓN DE DATOS:
Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A. N.V. (CIGNA) –directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados– antes y a lo largo de la relación aseguradora se incluirán en ficheros cuyo titular y responsable es CIGNA. Su tratamiento queda expresamente autorizado para los fines propios del seguro. Las personas que participan en la actividad aseguradora, incluyendo entidades reaseguradores o coaseguradores y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago podrán acceder a tales datos y utilizarlos para dichos fines. Asimismo, salvo indicación en contra junto a la firma, tales datos se podrán tratar y ceder para la prevención e investigación del fraude, así como para el ofrecimiento de seguros y/o servicio socio-sanitarios de bienestar por CIGNA o sociedades de su mismo grupo a quienes les pueden ser cedidos. Podrán ejercerse los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la L.O.P.D. en: Parque Empresarial La Finca. Paseo del Club Deportivo, 1 Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). En caso de que en este documento se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del firmante de este documento o su/s representado/s, éste deberá, con carácter previo, informarle/s de todos los extremos contenidos en el presente apartado.

COPIA PARA CIGNA