

IMPORTANTE

Si deseas contratar un seguro para afiliados a SITCPLA, no olvides pedir tu certificado de afiliación a info@sitcpla.es y adjuntarlo al resto de la documentación.

SOLICITUD DE SEGURO

MOD. S451217



Preventiva Seguros

Dental Familiar

PROD.	Nº de póliza	Unidad Adm. tiva.	Cód. U.A.	Cód. Mediador	Cód. Captador	Cód. Cobrador	Cód. Inspector	Póliza Nueva	
45								Suplemento	

Fecha de efecto	Duración	Forma de pago - Marcar una X en la opción deseada	Sustituye a:
	ANUAL PRORROGABLE	ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	D.N.I./C.I.F./N.I.E.			Sexo
					H M
Teléfono/s		Correo electrónico			
Tipo vía	Nombre vía			Nº	Esc.
				Piso	Letra
Provincia		Localidad		C.P.	

DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTES Y ASISTENCIA DENTAL

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	D.N.I./N.I.E.		Sexo	Teléfono/s
				H M	

GARANTÍAS SOLICITADAS

CAPITAL ASEGURADO POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: 3.000€	ASISTENCIA DENTAL: INCLUIDA
---	-----------------------------

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DEL ASEGURADO

Marcar una X delante de la opción deseada.	Cónyuge e hijos*	Cónyuge y en su defecto hijos*	Cónyuge*	Hijos*	Padres*	Padres y hermanos*	Hermanos*	Herederos legales*
(* Del asegurado)	Otros (Indicar):							

DECLARACIONES DEL ASEGURADO DE ACCIDENTES PARA VALORAR EL RIESGO (Marcar una X en sí o no)

•¿Padece alguna enfermedad (física o psíquica) grave, invalidez o defecto físico grave, alcoholismo o drogodependencia?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
•¿Realiza actividades de alto riesgo en su vida personal o profesional?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de haber respondido afirmativamente, detalle a continuación:	Firma del asegurado	

DATOS DE LOS ASEGURADOS - ASISTENCIA DENTAL

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	D.N.I./N.I.E.		Sexo	Teléfono/s
				H M	
Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	D.N.I./N.I.E.		Sexo	Teléfono/s
				H M	
Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	D.N.I./N.I.E.		Sexo	Teléfono/s
				H M	
Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	D.N.I./N.I.E.		Sexo	Teléfono/s
				H M	

DATOS BANCARIOS

Número de cuenta adeudo (IBAN):																			
IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta															

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Responsable del tratamiento de datos personales: Preventiva, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Finalidad: Realizar las gestiones precontractuales necesarias para la propuesta y formalización de un contrato de seguro. Cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro, así como con las obligaciones legales que son necesarias para la gestión de la actividad aseguradora. Realizar acciones comerciales por cualquier medio (correo postal, electrónico en caso de que no se hubiera manifestado oposición, SMS o teléfono) de los propios productos de seguro de la Entidad que pudieran ser de interés para el titular de los datos. Valorar el riesgo en el momento de la contratación y durante toda la vigencia del contrato. Elaborar perfiles con fines comerciales, a los efectos del diseño y comercialización de productos de seguros ofrecidos por la Entidad. **Legitimación:** La base legal para el tratamiento de los datos se fundamenta en la suscripción y ejecución del contrato de seguro, así como en el cumplimiento de las obligaciones legales de la Entidad, el interés legítimo y el consentimiento del interesado. **Destinatarios:** Los datos personales facilitados por el interesado podrán ser comunicados a entidades del Grupo Preventiva, a mediadores de seguros, a prestadores de servicios, a otras entidades aseguradoras o reaseguradoras, a organismos públicos y a autoridades competentes. No se comunicarán los datos facilitados a otros terceros, ni se realizarán transferencias internacionales, salvo consentimiento expreso de su titular. **Derechos de los interesados:** Los interesados tienen derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, a limitar u oponerse a su tratamiento y a solicitar su portabilidad, tal y como se explica en la información adicional de la Política de Privacidad que puede consultar en la página web de la compañía: www.preventiva.com, así como en las Condiciones Generales de la póliza de seguro.

- SI, consiento el tratamiento de mis datos con la finalidad de recibir información sobre productos de seguros y ofertas del Grupo Preventiva, por cualquier medio (correo postal, electrónico, sms o teléfono), así como para la elaboración de perfiles con fines comerciales.
- NO, consiento el tratamiento de mis datos con la finalidad de recibir información sobre productos de seguros y ofertas del Grupo Preventiva, por cualquier medio (correo postal, electrónico, sms o teléfono), así como para la elaboración de perfiles con fines comerciales.

Con la firma de la presente solicitud el tomador y/o asegurado reconocen que todas las declaraciones efectuadas son veraces, conociendo su importancia para la valoración del riesgo y la fijación de la prima del seguro; y manifiestan su conformidad con lo dispuesto en la política de privacidad, que reconocen haber leído y aceptado.

En.....a.....de.....de 20.....

EL TOMADOR DEL SEGURO

En caso de más asegurados, completar hoja adicional

Datos a cumplimentar por la compañía

PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Arminza, 2- 28023 Madrid. Tel.: 91 710 25 10 - Fax.: 91 710 26 56 C.I.F.: A-28027332

GSO 0044

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Ref:

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a **ROSILLO HERMANOS S.A.** a enviar instrucciones a su entidad para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de **ROSILLO HERMANOS S.A.**. Como parte de sus derechos, usted está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adudo en su cuenta.

By signing this mandate form, you authorise **ROSILLO HERMANOS S.A.** to send instructions to your bank to debit your account, and to your bank to debit your account in accordance with the instructions sent from **ROSILLO HERMANOS S.A.**. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Ciente / Customer

Nombre del deudor(es) / Name of debtor(s)

Dirección / Address

Calle y número / Street name and number

Código postal / Postal code Ciudad / City País / Country

Persona en cuyo nombre se realiza el pago / Person on whose behalf payment is made

Número de cuenta/ Account number

Número de cuenta IBAN – IBAN account number

SWIFT BIC

Acreeedor/ Creditor

ROSILLO HERMANOS S.A.
Nombre del acreedor / Creditor's name

A-78022068
Identificador del acreedor

Pª CASTELLANA, 163 - 2º DCHA.
Nombre de la calle y número / Street name and number

28046 **MADRID** **España**
Código postal / Postal code Ciudad / City País / Country

Tipo de pago

Tipo de pago / Payment type

Localidad / Location

Tipo de pago / Payment type Fecha / Date

Firma / Signature

Nota: En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in statement that you can obtain from your bank.