previsión mallorquina seguros

Servicios Centrales
Aribau, 168-170, Entresuelo
08036 - Barcelona
T: 934 150 898
F: 934 155 743
www.previsionmallorquina.com

hospitalización-pm III

seguro de indemnización diaria – hospitalización por accidente fracturas y fisuras

solicitud de seguro

modelo SHOS062020ACFCV19

A cumplimentar por la Compañía

Solicitud nº _____ Póliza nº _____ Clave comercial _____

Observaciones _____

Datos del Asegurador

La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A. Registro Mercantil de Barcelona Tomo 34.346, Folio 13, Hoja nº B-13.071 - CIF A-08-169013 - Capital suscrito y desembolsado 2.103.750 Euros - Inscrita en la D.G.S.F.P. con clave C-0279

Datos del Mediador

Código _____ Nombre _____ Productor _____

Datos del Solicitante/Tomador (No cumplimentar si Asegurado y Tomador son el mismo, pero **SI** indicar los datos bancarios IBAN)

Nombre y apellidos o Razón social _____ NIF/NIE/CIF _____

Dirección postal (domicilio) _____ Código Postal _____

Población _____ Teléfono móvil* _____

Dirección electrónica (e-mail)* _____

Orden de domiciliación bancaria de adeudo directo SEPA IBAN E S

(código IBAN donde se hará efectivo el cargo de la prima y se liquidarán las prestaciones)

Beneficiario: ○ Tomador ○ Asegurado Tipo de pago: Recurrente Referencia: _____

En caso de aceptación de esta Solicitud de Seguro, mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor 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 adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Datos del Declarante/Asegurado

Nombre y apellidos _____ NIF/NIE _____

Fecha nacimiento _____ Sexo ○ Hombre ○ Mujer Actividad profesional actual _____

Dirección postal (domicilio) _____ Código Postal _____

Población _____ Teléfono móvil* _____

Dirección electrónica (e-mail)* _____

Garantías y sumas aseguradas

Póliza mod. HOS062020ACFCV19		Prestación diaria	Suma Asegurada	Carencia	Franquicia	Cobertura	Prima anual
Garantía principal	Hospitalización por accidente	100 €	_____	No	24 horas	365 días	75 €
	Fracturas y Fisuras óseas	_____	1.000 €*	No	_____	Límite 4 huesos por siniestro	
☐ **Garantía opcional**	Hospitalización por Covid19	100 €	_____	15 días	48 horas	10 días	25 €
	Ingreso UCI por Covid19	100 €	_____	15 días	48 horas	30 días	

* Según baremo indicado en Tabla de Indemnizaciones, con límite por concurrencia de fracturas de 2.500€.
En caso de Fisuras se aplicará el baremo al 50%.

Efecto, pago y revalorización

Fecha de efecto solicitada _____ Forma de pago Anual Revalorización anual para todas las garantías _____ %

Información Básica sobre Protección de Datos. RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS: LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. (LPM). FINALIDAD: gestionar el trámite de su solicitud de suscripción del seguro. LEGITIMACIÓN: la aplicación de medidas precontractuales en relación al contrato de seguro, interés legítimo para la prevención del fraude en la selección del riesgo y el cumplimiento de obligaciones legales. DESTINATARIOS: los profesionales que presten sus servicios para LPM con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el futuro contrato de seguro. DERECHOS: puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, limitación y/u oposición al tratamiento ante el Servicio de Atención al Cliente, a través de las direcciones postal y electrónica abajo indicadas de la Aseguradora. PLAZO DE CONSERVACIÓN: sus datos serán conservados por LPM durante el plazo de prescripción legal de 5 años. Puede consultar la INFORMACIÓN ADICIONAL y detallada sobre Protección de Datos en www.previsionmallorquina.com/proteccion-de-datos.

En caso de ser aceptada por la Aseguradora la presente Solicitud de Seguro el contrato se regirá por la legislación española, concretamente por la Ley de Contrato de Seguro, Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por las demás disposiciones que las modifiquen o le sean de legal aplicación. El control de la actividad del Asegurador le corresponde a España a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), dependiente del Ministerio de Economía. La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) con dirección postal en 08036 BARCELONA, c/Aribau, 168-170, Entlo. 1ª, y electrónica sac@previsionmallorquina.com para atender las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de 1 mes derivadas de la actuación de la propia Aseguradora o de sus agentes de seguros y operadores de banca seguros conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO/734/2004. Transcurrido dicho plazo sin respuesta o disconformidad con la misma, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la DGSFP en 28046 MADRID, Pº de la Castellana, 44. En todas las oficinas de la Aseguradora se encuentra disponible el Reglamento del SAC. En todo caso, el cliente puede acudir a la justicia ordinaria o a un órgano arbitral aceptado por las partes. El solicitante y/o la persona que se desea asegurar manifiestan que han sido informados de las coberturas, límites y exclusiones del seguro y que las declaraciones contenidas en esta Solicitud-Cuestionario, que ha de servir de base para la valoración del riesgo, son 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.

El Declarante/Asegurado

El cliente ACEPTA, salvo solicitud en contrario, la puesta a disposición del documento informativo de producto y la nota general previa informativa del mismo en el sitio web www.previsionmallorquina.com/informacion-previa-contratacion

El Solicitante/Tomador

Firme aquí

Firme aquí

En _____ a _____ de _____ de _____

*Campos obligatorios