



MutualLaudis

Tapineria, 10
08003 Barcelona
Telèfon 901 215 214
Fax 901 215 213
comercial@mutuallaudis.com

SOL·LICITUD D'ASSEGURANÇA MUTUAL LAUDIS

DATA D'ENTRADA:

DATA D'EFECTE:

COMERCIAL:

CAMPANYA:

PRENEDOR

NOM I COGNOMS:

N.I.F.:

DOMICILI:

POBLACIÓ:

C.P.:

PROVÍNCIA:

TELÈFON:

REPRESENTANT LEGAL (només empreses):

ASSEGURAT

NOM I COGNOMS:

N.I.F.:

DOMICILI:

POBLACIÓ:

C.P.:

PROVÍNCIA:

TELÈFON:

TELÈFON MÒBIL:

E-MAIL:

ESTAT CIVIL:

SEXE:

D.NAIXEMENT:

Nº FILLS:

LLOC DE TREBALL:

TELÈFON:

RÈGIM S.S.:

General

Autònom

PROFESSIÓ:

BENEFICIARIS

ELS LEGALS

CÒNJUGE

ALTRES

NOM I COGNOMS:

BENEFICIARIS ORFENESA: NOM, COGNOMS I DATA DE NAIXEMENT

FORMA DE PAGAMENT

MENSUAL

TRIMESTRAL

SEMESTRAL

ANUAL

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA:

ENTITAT

AGÈNCIA

D.C

Nº DE COMPTE O LLIBRETA

ASSEGURANÇA

COBERTURA

QUOTA

En data _____, he rebut la informació, segons la normativa establerta en el R.D. 2486/1998 del R.O.S.P.P., referent a les assegurances que contracto/amplio en el present document.

Signatura prenedor:

DECLARACIÓ DE SALUT

L'interessat/da s'assabenta que qualsevol inexactitud omissió o ocultació en les seves declaracions, les quals serveixen de base per al seu ingrés a Mutual Laudis, en alguna de les seves seccions o per ampliació de nous grups, pot ser causa de nul·litat de les esmentades declaracions i de la pèrdua dels seus drets (Llei 50/80 de 8 d'octubre de Contracte d'Assegurances). Contesti totes les preguntes amb el màxim de rigor i precisió.

Marqui la casella

SI NO

1. Es considera en perfecte estat de salut? SI NO
En cas negatiu, indiqui malaltia _____
2. Ha patit o pateix alguna malaltia o accident que l'hagi obligat a interrompre la seva activitat laboral durant més de 8 dies? SI NO
3. Té concedida alguna invalidesa o minusvàlua? SI NO
4. Té alguna alteració física, psíquica o funcional? SI NO
5. Ha estat intervingut quirúrgicament? SI NO
6. Pren medicaments periòdicament o està sotmès a tractament o control mèdic? SI NO
7. Té actualment alguna simptomatologia que aconselli consulta mèdica, estudi, hospitalització, tractament o intervenció quirúrgica? SI NO
8. Pateix o ha patit alguna malaltia de fetge, infecto-contagiosa o malaltia sexual? SI NO
9. Pateix de diabetis, hipertensió, colesterol, triglicèrids? SI NO
Indiqui quines _____
10. Si ha contestat **SÍ** a alguna pregunta, indiqui, si us plau:
Data d'inici _____ i duració _____
Etiologia de la malaltia o lesió _____
Estat actual: guarit sense seqüeles amb seqüeles (especifiqui) _____
altres: _____
Nom i adreça dels metges o institucions que l'han assistit _____
Mediació o tractament mèdic _____
11. Està embarassada? _____ En cas afirmatiu indiqui la setmana de gestació _____
12. Li han fet alguna vegada el test de la SIDA? _____ Indiqui la data i el resultat _____
13. Fuma? _____ Quantes cigarretes al dia? _____
14. Consumeix begudes alcohòliques? _____ Quants litres a la setmana? _____
15. Tensió arterial sistòlica _____ diastòlica _____ Pes _____ kg Alçada _____ cm
16. Té actualment altres assegurances de salut? _____
En cas afirmatiu, indiqui les companyies _____
17. Practica algun esport amb caràcter habitual o professional? _____
En cas afirmatiu, indiqui quin i amb quina freqüència _____

El/la sol·licitant . _____ declara que ha contestat amb sinceritat i bona fe i que autoritza als metges i/o institucions mèdiques que l'hagin atès a proporcionar a Mutual Laudis les informacions precises per a conèixer el seu estat de salut o per a la liquidació de un eventual sinistre.

Los dades personals facilitades per l'assegurad/da, quedaran incorporades de forma confidencial al nostre fitxer situat en el domicili social de l'Entitat.

L'assegurad/da permet a Mutual Laudis el tractament de les seves dades personals i les de salut pel correcte desenvolupament de la present relació contractual, que mai seran utilitzades per a la realització de finalitats diferents de les directament relacionades amb l'objecte de la mateixa. En conseqüència les dades consignades en aquest full podran ser cedides a tercers vinculats a Mutual Laudis per raons de gestió professional i comercial, excepte que hi hagi desautorització expressa per part de l'assegurad/da. En aquest cas la relació contractual esdevindria impossible i hauríem de procedir a la rescissió contractual. Aquestes dades seran incloses en un fitxer propietat de Mutual Laudis i seran utilitzades conforme estableix la normativa sobre protecció de dades personals (singularment la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre). L'assegurad/da podrà, en qualsevol moment, sol·licitar i obtenir informació sobre les seves dades personals incloses en els fitxers i demanar la rectificació d'aquelles que siguin inexactes o incompletes, o bé la seva cancel·lació.

Data de la declaració

Signatura de l'assegurad/da

Dada imprescindible per la validesa d'aquesta sol·licitud