

**SOLICITUD SEGURO MÉDICO COOPERANTE  
GRATUITO DURANTE 1 AÑO**

**DATOS DEL ASEGURADO:**

NOMBRE Y APELLIDOS:		N.I.F.:
DOMICILIO:		POBLACIÓN:
C.P.:	PROVINCIA:	MÓVIL:
FECHA DE NACIMIENTO:	E-MAIL:	
ESPECIALIDAD:	Nº COLEGIADO:	

**PRESTACIONES ASEGURADAS**

**SEGURO MULTI-VIDA MUERTE POR ACCIDENTE:** cobertura 10.000€

**SEGURO ASISTENCIA EN VIAJE - MEDICO COOPERANTE**

**PRESTACIONES SOCIALES: SEGURO AGRESIONES (LUGAR DE TRABAJO)**

**PREMIO DE NATALIDAD (POR NACIMIENTO O ADOPCIÓN DE UN HIJO DURANTE EL AÑO DE COBERTURA)**

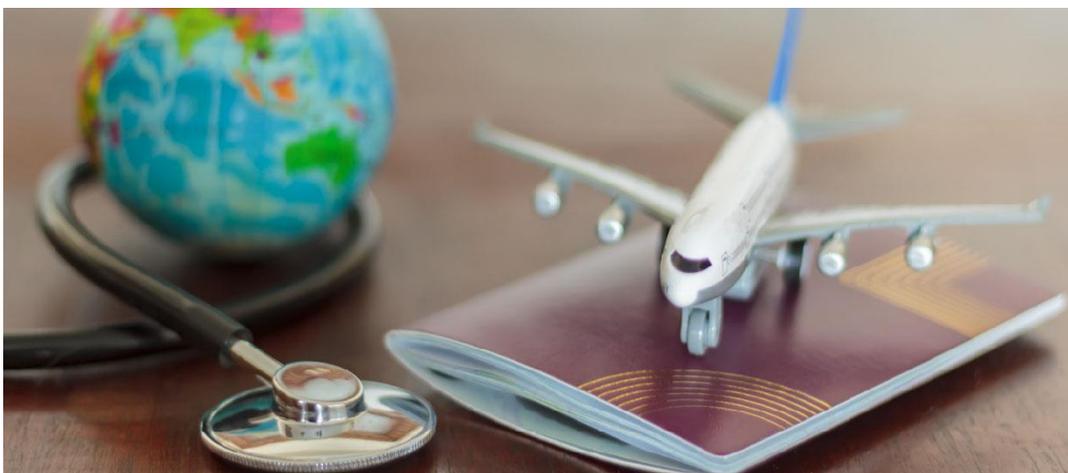
**EFFECTO**

Fecha de efecto: 1 DEL MES QUE INICIA LABOR DE COOPERACIÓN

Fecha de vencimiento: 1 año (prima gratuita 1 año desde la fecha de efecto)

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Cónyuge       Herederos legales       Otros: \_\_\_\_\_



***\*Recuerde leer y firmar el dorso de esta solicitud para dar conformidad con lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos***

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos, le informamos en relación al tratamiento de los datos personales incluidos en esta solicitud.

**Responsable del tratamiento:**

MUTUAL MÉDICA, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA  
Dirección postal: Vía Laietana, 31, 08003, de Barcelona  
Correo electrónico: [infomutual@mutualmedica.com](mailto:infomutual@mutualmedica.com)

CIF: V08475766  
Teléfono: 933197800  
DPO: [lop@mutualmedica.com](mailto:lop@mutualmedica.com)

**Finalidad del tratamiento y destinatarios:**

La información facilitada será tratada con la finalidad de ofrecerle la cobertura aseguradora solicitada por usted, así como establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que nos vinculen una vez aceptada la solicitud.

Asimismo, también para informarle de los productos y servicios aseguradores que ofrece la mutualidad por cualquier medio de comunicación, incluso por correo electrónico.

**Si autoriza recibir información comercial incluso mediante correo electrónico, hágalo saber marcando la siguiente casilla**

Usted tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a la retirada.

MUTUAL MÉDICA no facilitará sus datos personales a terceros salvo obligación legal. Únicamente realizará la cesión de los mismos a terceros colaboradores cuando legalmente proceda y sea necesario para la operativa en la gestión del seguro o la valoración del siniestro.

Los datos serán tratados únicamente para las finalidades expresadas, no pudiendo los mismos ser tratados ulteriormente para fines incompatibles con los aquí descritos. En caso de ser destinados a fines distintos a los explicados anteriormente se le proporcionará toda aquella información pertinente con anterioridad al nuevo tratamiento.

Sus datos se conservarán durante su relación contractual y una vez finalizada la misma, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento, y durante el periodo de prescripción de las mismas. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión. El tratamiento de sus datos con fines publicitarios, se conservarán para tal fin mientras no manifieste su oposición.

En el caso de que facilite datos de beneficiarios, le recordamos que deberá informar previamente a tales personas de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

**Legitimación:**

La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato suscrito entre usted y MUTUAL MÉDICA.

La base legal para el tratamiento con fines publicitarios por parte de MUTUAL MÉDICA es el consentimiento otorgado por usted en este formulario.

Respecto a la legitimación de sus datos personales cedidos a terceros colaboradores de MUTUAL MÉDICA que, por razones de reaseguro, o por la operativa en la gestión del seguro o de los siniestros la base legal es el debido cumplimiento de las obligaciones legales específicas del sector asegurador.

**Derechos:**

Le informamos que sobre estos datos, podrá ejercer los derechos, acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad en aquellos supuestos en que sea posible mediante el envío de una notificación por escrito, adjuntando copia de un documento que acredite su identidad, a la siguiente dirección [lop@mutualmedica.com](mailto:lop@mutualmedica.com) o por correo postal a Vía Laietana número 31, 08003, de Barcelona.

En el caso de que no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Para cualquier información adicional a estos efectos, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos mediante la dirección de correo electrónico más arriba indicada o por teléfono al 933197800.

Asimismo, puede consultar la información detallada sobre protección de datos en la página web de Mutual Médica [mutualmedica.com/es/politica-de-proteccion-de-datos](http://mutualmedica.com/es/politica-de-proteccion-de-datos).

Firma:

Fecha: