

COLECTIVO al que pertenece: (NOMBRE)

CONSEJO DE COLEGIOS OFICIALES DE ENFERMERIA DE CASTILLA Y LEON

DATOS A CUMPLIMENTAR POR ACUNSA:

N.º de Póliza	Efecto	Referencia	Colaborador	Observaciones
			6044	

Datos personales del TOMADOR: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Nombre y apellidos:

Sexo H ☐ M ☐

N.I.F.:

Domicilio:

Población:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Datos bancarios:

Forma de pago Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐

IBAN ES

Tipo de pago Recurrente

Personas aseguradas: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Deberán incluirse el Titular¹ y todas las personas interesadas que quieran contratar el seguro.

N.º	Nombre y apellidos	Parentesco ²	N.I.F.	Fec. Nacimiento	Sexo (H/M)
1		TITULAR			
2					
3					
4					

El presente formulario es una solicitud de contratación de seguro, reservándose ACUNSA el derecho de aceptarla o rechazarla, total o parcialmente.

Autorizo a ACUNSA a cargar las primas correspondientes a esta póliza en la cuenta bancaria, arriba indicada, de la que soy titular.

Información básica sobre Protección de Datos:

RESPONSABLE. Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA)

FINALIDAD. Gestionar y administrar la póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria.

LEGITIMACIÓN. Consentimiento expreso, según lo establecido en la normativa vigente relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIOS. Entidad Aseguradora con el objeto de facilitar la gestión o tratamiento de la solicitud de seguro.

DERECHOS. Acceder, rectificar y portar los datos, limitar u oponerse al tratamiento, y retirar el consentimiento prestado, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL. Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: www.acunsa.es/rgpd

La aceptación de esta cláusula sobre el tratamiento de datos de carácter personal es imprescindible para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El Tomador garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

Firmo el documento que he leído y acepto en su integridad, manifestando mi consentimiento inequívoco y expreso.

Firma del Tomador:

DNI:

Fecha:

¹ El TOMADOR puede o no estar asegurado, en caso de que el Tomador se asegure debe incluirse como Titular del Seguro.
De asegurarse varias familias deberán agruparse por unidad familiar y establecer un titular por cada una de ellas.

² Relación con el TITULAR.