

**SOL.LICITUD D'ALTA A L'AJUDA ECONÒMICA D'ORFENESA (AEO)**

Assegurança de vida col·lectiva de Vida Temporal Anual Renovable amb VidaCaixa.	Pòlissa núm.: 814.068
Prenedor: Mútua del Personal de la Caixa	N.I.F.: G60327798

**Dades del sol·licitant**

Nom i cognoms	Data de naixement	NIF
Domicili	Població	
Província	Codi postal	Telèfon
Centre de treball	Telèfon	Correu electrònic

**Dades dels assegurats**

Nom i cognoms	Parentiu	NIF	Data de naixement
---------------	----------	-----	-------------------

**INSCRIPCIÓ BENEFICIARI/S**

Data naixement	Nom i cognoms	Pensió			fins		Rev. 2%	Assegurat	
		360€	600€	900€	21	25		1	2

....., ..... de ..... de .....



**Amb la Mútua mai no estàs sol**

**Signatura del sol·licitant**

**Enviar a la Mútua, centre 90.001**

Efectivitat  
C.P.  
Assessor  
Campanya  
Pagament  
Data Fix  
Nº Empleat  
Nº Mutualista



**Prenedor**Nom: MUTUA DEL PERSONAL DE LA CAIXA M.P.S.  
Domicili: Edificis Trade (Torre Sud)  
Gran Via Carles III, 84, 6a. planta - 08028 Barcelona

N.I.F.: G60327798

**Assegurat**

Data d'efectivitat de l'alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom i cognoms: .....

N.I.F.: .....

Data de naixement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexe: .....

Domicili: .....

Població: ..... Codi postal: ..... Província: .....

**Dades dels fills de l'assegurat beneficiaris de la prestació d'orfanat**

Nom i cognoms	NIF	Data Naixement	Sexe

**Declaració d'estat de salut**

1. Es troba vostè actualment en bon estat de salut? SI NO  
En cas negatiu, indiqui les causes: .....
2. Està o ha estat de baixa laboral durant mes de quinze dies consecutius en els últims sis mesos? SI NO  
(Excepte maternitat)  
Inici: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
En cas afirmatiu detalli les causes: .....
3. Es troba actualment de baixa o tramitant un expedient d'incapacitat? SI NO  
En cas afirmatiu, especifiquei les causes: .....

**Tractament i cessió de dades personals**

L'assegurat sol·licita la adhesió a la pòlissa subscrita pel prenedor de l'assegurança amb VidaCaixa, S.A. i autoritza expressament perquè les seves dades personals que figuren a la present sol·licitud o a la documentació complementària a aquesta, incloses les que es generin en cas de sinistre, puguin ser tractades, de manera automatitzada o no, als fitxers de la companyia asseguradora a fi de subscriure, desenvolupar, gestionar i complir el contracte d'assegurança, prestant si escau els serveis objecte d'aquest. La facilitació de les dades esmentades és necessària per poder complir aquestes finalitats.

Així mateix, l'assegurat autoritza a l'entitat asseguradora perquè les dades personals indicades, com també les que es puguin generar en cas de sinistre, es tractin, automatitzadament o no, en els fitxers de l'entitat asseguradora i es conservin amb finalitats estadístiques actuàries i de prevenció del frau, tot i que s'extingeixi la pòlissa per expiració de la durada o per qualsevol altra causa.

L'assegurat també autoritza que les dades personals subministrades, singularment les generades en cas de sinistre, es puguin cedir a entitats reasseguradores de la pòlissa i a CaixaBank S.A., amb domicili a Barcelona (08028), avinguda Diagonal, 621-629 en tant que aquestes cessions siguin necessàries per a la gestió i administració de l'assegurança.

L'assegurat pot oposar-se en qualsevol moment a les autoritzacions de cessió referides en els paràgrafs anteriors adreçant-se a l'entitat asseguradora per escrit, sense que en cap cas aquesta oposició pugui tenir un caràcter retroactiu. Excepte oposició a la/es autorització/ons de cessió concedida/es en qualsevol dels paràgrafs anteriors que es formalitzi simultàniament a la signatura de la present pòlissa/sol·licitud, l'afectat queda informat que en el moment de la seva signatura se cedeixen les dades indicades a les empreses i entitats esmentades en els dos paràgrafs anteriors.

Els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació regulats per la Llei Orgànica 15/1999 poden ser exercits al domicili de la companyia asseguradora, responsable del tractament, amb domicili a Barcelona (08014), carrer Juan Gris, 2 - 8, o, si escau, al domicili de les entitats cessionàries.

L'Assegurat reconeix en aquesta mateixa data haver rebut amb anterioritat a la signatura de la present sol·licitud d'assegurança tota la informació requerida en l'art. 107 del Reglament de la Llei d'Ordenació de les Assegurances Privades, la naturalesa de la qual es fa constar en els articles 104 a 106 de l'esmentat Reglament.

Localitat i data d'expedició: En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

El adherent/assegurat,