Solicitud de Prestación por Fallecimiento

Fecha:

Datos del Fallecido:

Apellidos: | Nº de Asegurado:

Nombre: | N.I.F.:

Domicilio:

C.P.: | Provincia: | Población:

Datos del Fallecimiento

Fecha: ____ / ____ / ____ | Causa del Fallecimiento: ☐ Natural ☐ Accidente ☐ Accidente de Circulación ☐ Otros _____

Estado Civil : ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado Legalmente ☐ Divorciado ☐ Pareja de Hecho

Nº de Hijos: _____ | Menores de edad: _____

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: | Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ | N.I.F.:

Domicilio: | Población:

C.P.: | Provincia: | Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: | Firma del Beneficiario

IBAN E S — País | Nº Control | Entidad | Oficina | D.C. | Nº de Cuenta Corriente

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: | Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ | N.I.F.:

Domicilio: | Población:

C.P.: | Provincia: | Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: | Firma del Beneficiario

IBAN E S — País | Nº Control | Entidad | Oficina | D.C. | Nº de Cuenta Corriente

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: | Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ | N.I.F.:

Domicilio: | Población:

C.P.: | Provincia: | Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: | Firma del Beneficiario

IBAN E S — País | Nº Control | Entidad | Oficina | D.C. | Nº de Cuenta Corriente

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: | Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ | N.I.F.:

Domicilio: | Población:

C.P.: | Provincia: | Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: | Firma del Beneficiario

IBAN E S — País | Nº Control | Entidad | Oficina | D.C. | Nº de Cuenta Corriente

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8, Hoja M-67.736, C.I.F. V28230688

PREST0005 1706/1

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ N.I.F.:

Domicilio: Población:

C.P.: Provincia: Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: Firma del Beneficiario

IBAN E S
País Nº Control Entidad Oficina D.C. Nº de Cuenta Corriente

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ N.I.F.:

Domicilio: Población:

C.P.: Provincia: Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: Firma del Beneficiario

IBAN E S
País Nº Control Entidad Oficina D.C. Nº de Cuenta Corriente

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ N.I.F.:

Domicilio: Población:

C.P.: Provincia: Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: Firma del Beneficiario

IBAN E S
País Nº Control Entidad Oficina D.C. Nº de Cuenta Corriente

Datos identificativos del Beneficiario

Nombre y Apellidos:

Parentesco: Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___ N.I.F.:

Domicilio: Población:

C.P.: Provincia: Teléfono/s: /

E-Mail:

Datos Bancarios: Firma del Beneficiario

IBAN E S
País Nº Control Entidad Oficina D.C. Nº de Cuenta Corriente

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que el Tomador proporcione pasarán a formar parte de un fichero responsabilidad de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante la Mutua), siendo la finalidad de la recogida de tales datos la formalización y gestión de la Póliza de Seguro. Asimismo, le informamos de la cesión de datos personales, adecuados, pertinentes y no excesivos, a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador en orden a la tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de su actividad aseguradora o por razones de coaseguro o reaseguro.

Los datos personales y de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza.

El Tomador y/o Asegurado podrán ejercitar, en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación dirigida a la Mutua, C/ Génova 26, 28004 - Madrid, acompañada de fotocopia de DNI o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada. En el supuesto, de que con posterioridad al perfeccionamiento de la Póliza de Seguro, se ejercite por el Tomador y/o Asegurado su derecho de cancelación de sus datos personales u oposición al tratamiento de los mismos, necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se procederá a la cancelación del contrato, o en su caso, a la baja del contrato del Asegurado.

El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la misma.

El tomador autoriza a la Mutua a hacer uso de sus datos contenidos en el fichero con la finalidad de remitir información a través de cualquier medio de comunicación, excepto los electrónicos, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo Previsión Sanitaria Nacional, cuya composición puede consultar en la dirección http://www.psn.es/empresas-psn.

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre las actividades, servicios y productos de la Mutua.

☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN.

☐ Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico, sobre las actividades, servicios y productos de las empresas del Grupo PSN, cuya composición puede consultar en la referida dirección, cuyos sectores específicos y concretos son seguros, servicios inmobiliarios, hostelería, escuelas infantiles, servicios informáticos, asesoramiento legal, consultoría y auditoría.

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8. Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

PREST0005 1706/1