

# Solicitud de seguro de salud

MGC (Mutua General de Catalunya) · MGC Insurance, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija

## 1. Producto solicitado

PRODUCTO / MODALIDAD (Total, One, Plata, Global...) 
 FECHA DE EFECTO (dd/mm/aaaa) 
 FORMA DE PAGO

Mensual   
  Trimestral   
  Semestral   
  Anual   
 Modalidad sin copago (opcional)

## 2. Datos del tomador (pagador de la póliza)

NOMBRE Y APELLIDOS 
 NIF / NIE / PASAPORTE

FECHA NACIMIENTO 
 SEXO  H  M
 ESTADO CIVIL 
 PROFESIÓN

TELÉFONO 
 CORREO ELECTRÓNICO

DOMICILIO (tipo vía, nombre, número, piso) 
 CÓD. POSTAL 
 POBLACIÓN

PROVINCIA

## 3. Personas aseguradas

| Nombre y apellidos   | NIF / NIE            | F. nacim.            | Sexo                 | Parentesco           |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Parentesco: tomador, cónyuge/pareja, hijo/a, otro. Sexo: H / M.

## 4. Domiciliación bancaria (SEPA)

TITULAR DE LA CUENTA 
 NIF DEL TITULAR

IBAN

El primer grupo comienza por ES seguido de los 2 dígitos de control.

## 5. Declaración y consentimiento

El solicitante declara que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos, y solicita la contratación del seguro de salud de MGC en las condiciones indicadas, quedando sujeta su aceptación a las normas técnicas de la entidad y a la formalización de la póliza. La cobertura queda condicionada a los periodos de carencia y a las condiciones generales y particulares del contrato, que se entregarán al asegurado.

De acuerdo con el art. 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, el solicitante se compromete a responder con veracidad al cuestionario de salud que, en su caso, le sea sometido. La ocultación o inexactitud de datos puede conllevar la reducción de la prestación o la resolución del contrato.

Protección de datos: los datos serán tratados por MGC y por la correduría SeguroMédicoYa S.L. con la finalidad de gestionar la solicitud, emitir el presupuesto y, en su caso, formalizar y administrar la póliza, conforme al RGPD (UE) 2016/679 y la LOPDGDD 3/2018. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad según se indica en la información adicional de privacidad.

Consiento el tratamiento de mis datos de salud (art. 9.2.a RGPD) para la valoración del riesgo y la gestión del seguro.

Acepto recibir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios (opcional).

## 6. Lugar, fecha y firma

LUGAR

FECHA (dd/mm/aaaa)

FIRMA DEL TOMADOR / SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS (en mayúsculas)