

Alta /  Modificació de cobertures

Codi mediador: ..... Zona: .....

Data d'efecte: .....

Nom mediador: .....

**DADES DEL MUTUALISTA**

NIF/CIF.: .....

Nom (o raó social): .....

Primer cognom: ..... Segon cognom: .....

Data de naixement: .....

Domicili particular: ..... Número: ..... Pis: .....

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

Telèfon: ..... Telèfon mòbil: .....

Adreça electrònica: .....

Codi professió: ..... Professió: .....

Règim Seguretat Social:  Règim General  AutònomsDesenvolupa la seva activitat per compte:  Propi  Aliè \*Només cal omplir-ho en cas de contractar subsidi

\*Domicili professional: ..... \*Telèfon: .....

\*Província: ..... \*Població: ..... \*Codi postal: .....

Forma de pagament  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual**DADES DELS BENEFICIARIS***\*Només cal omplir-ho en cas de contractar subsidi***1** El mutualista s'inclou com a beneficiari?  Sí  NoPrové d'una altra entitat?  \*\*Sí  No**2** Nom i cognoms (o raó social): ..... NIF/CIF.: .....

Data de naixement: .....

Prové d'una altra entitat?  \*\*Sí  No

Domicili particular: ..... Número: ..... Pis: .....

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

Telèfon: ..... Telèfon mòbil: ..... Adreça electrònica: .....

Codi professió: ..... Professió: .....

Règim Seguretat Social:  Règim General /  Autònoms /  Mutualitat Desenvolupa la seva activitat per compte:  propi /  aliè

\*Domicili professional: ..... \*Telèfon: .....

\*Província: ..... \*Població: ..... \*Codi postal: .....

**3** Nom i cognoms (o raó social): ..... NIF/CIF.: .....

Data de naixement: .....

Prové d'una altra entitat?  \*\*Sí  No

Domicili particular: ..... Número: ..... Pis: .....

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

Telèfon: ..... Telèfon mòbil: ..... Adreça electrònica: .....

Codi professió: ..... Professió: .....

Règim Seguretat Social:  Règim General /  Autònoms /  Mutualitat Desenvolupa la seva activitat per compte:  propi /  aliè

\*Domicili professional: ..... \*Telèfon: .....

\*Província: ..... \*Població: ..... \*Codi postal: .....

**4** Nom i cognoms (o raó social): ..... NIF/CIF.: .....

Data de naixement: .....

Prové d'una altra entitat?  \*\*Sí  No

Domicili particular: ..... Número: ..... Pis: .....

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

Telèfon: ..... Telèfon mòbil: ..... Adreça electrònica: .....

Codi professió: ..... Professió: .....

Règim Seguretat Social:  Règim General /  Autònoms /  Mutualitat Desenvolupa la seva activitat per compte:  propi /  aliè

\*Domicili professional: ..... \*Telèfon: .....

\*Província: ..... \*Població: ..... \*Codi postal: .....

*\*\*Cal aportar documentació acreditativa i els últims tres rebuts pagats per a la derogació de carències*

SIGNATURA

**PRESTACIONS I CAPITALS ASSEGURATS EN €**
**ASSISTÈNCIA SANITÀRIA  
TOT SALUT**

 Núm. de  
beneficiari:

 Reemborsament  
Complet  
Clàssic  
Òptim  
Bàsic  
Essencial

1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SUBSIDIS**

 Incapacitat temporal  
Incapacitat temporal baremada  
Incapacitat temporal (només  
accident)  
Hospitalització medicoquirúrgica

 Franquícia (dies)  
Subsidi (€/dia)

 Franquícia (dies)  
Subsidi (€/dia)

 Franquícia (dies)  
Subsidi (€/dia)

 Subsidi (€/dia)  
Subsidi UCI (€/dia UCI)

/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/
/	/	/	/

**ACCIDENTS**

 Indemnització per accident  
(defunció/invalidesa)  
Indemnització periòdica per  
accident (defunció/invalidesa)  
Indemnització per mort d'accident  
Assistència mèdica per accident

 Capital defunció (€)  
Capital invalidesa (€)

Pensió mensual (€)

Capital (€)

/	/	/	/
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ENTERRAMENT**

 Enterrament (quota anivellada)  
Enterrament (quota mixta)  
Indemnització per accident  
(defunció/invalidesa) - Complement

Capital (€)

Capital (€)

Capital (€)


**ALTRES COBERTURES**

 Assistència en viatge  
(Mutual Assistència)  
Assistència salut dental  
Assistència jurídica telefònica

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**QUOTA TOTAL(€)**

--	--	--	--

**INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES:**
**1. Responsable del tractament**

 Identitat: MÚTUA MANRESANA, MPS – CIF V08276545 Adreça: c/ Mossèn Serapi,  
39-41 – Manresa 08242 Telèfon: 93 877 33 33 Adreça electrònica:  
mutua@mutuacat.cat

**2. Delegat de protecció de dades**

El delegat de protecció de dades és la persona que s'encarrega de protegir el dret fonamental a la protecció de dades personals a MÚTUA MANRESANA, MPS i que té cura del compliment de la normativa de protecció de dades. S'hi pot contactar enviant un correu electrònic a rggpd@mutuacat.cat

**3. Finalitat del tractament de les dades**

Les dades personals que MÚTUA MANRESANA, MPS pugui recollir en aquest formulari seran utilitzades per poder contactar amb els clients i oferir-los serveis. En cap cas s'utilitzaran per cap altra finalitat que no s'hagi especificat en aquest apartat, especialment per a l'enviament de publicitat, si així s'ha manifestat; ni tampoc seran cedides a tercers. Les dades personals que s'hagin proporcionat es conservaran per un període de 5 anys (o pel període que determini la normativa

específica en la matèria), o bé fins que l'interessat sol·liciti expressament la seva supressió.

**4. Legitimació del tractament de dades**

La legitimació per a la finalitat principal es troba recollida en una de les bases jurídiques establertes al RGPD, concretament a l'article 6.1.a), per tant MÚTUA MANRESANA, MPS sol·licita expressament el consentiment dels interessats perquè les seves dades puguin ser tractades amb la finalitat prevista en el punt anterior.

**5. Destinataris de les dades**

No es preveu que les dades recollides mitjançant el present document puguin ser cedides a tercers. Si que es cediran, però, quan es tracti d'una obligació legal o del compliment de l'objecte d'un contracte.

**6. Exercici dels drets propis**

Es podran exercir, de manera gratuïta, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, supressió, limitació, i portabilitat, enviant un correu electrònic a rggpd@mutuacat.cat, acompanyat d'una còpia del DNI o document acreditatiu equivalent, o bé dirigint-se a les instal·lacions de MÚTUA MANRESANA, MPS, al c/ Mossèn Serapi, 39-41, 08242 Manresa.

SIGNATURA

**Mútuacat**

mutua@mutuacat.cat

www.mutuacat.cat

938 773 333