



OFERTA ESPECIAL COLEGIADOS CETOP

Si eres autónomo y estás de baja, ¿qué puede ocurrir con tus ingresos?

Contrata un seguro de baja laboral, y podrás cubrir todos tus gastos mensuales:

- Subsidio diario en caso de baja, hasta 425 días
- Cobertura 24 horas, 365 días del año
- Servicios de bienestar y salud: servicios gratuitos y otros franquiciados a precios reducidos

Tarifa de precios según edad. Incluye seguro de accidentes 20.000€

	Franquicia 7 días			Franquicia 7 días		
	Indemnización	40€ día	60€ días	Indemnización	40€ día	60€ día
Principales Ventajas:	Edad	Precio mensual*		Edad	Precio mensual*	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Baja laboral y Hospitalización por cualquier causa ▶ Franquicia 7 días ▶ Cobertura de muerte e invalidez permanente por accidente: 20.000€ ▶ Máxima indemnización 425 días ▶ Incluye cobertura Avantsalud 	25	29,03 €	41,28 €	43	31,04 €	44,30 €
	26	28,88 €	41,06 €	44	31,19 €	44,53 €
	27	29,03 €	41,28 €	45	32,15 €	45,97 €
	28	29,12 €	41,42 €	46	33,14 €	47,45 €
	29	29,30 €	41,69 €	47	34,19 €	49,03 €
	30	29,39 €	41,82 €	48	35,24 €	50,60 €
	31	29,51 €	42,00 €	49	36,35 €	52,27 €
	32	29,63 €	42,18 €	50	37,52 €	54,02 €
	33	29,75 €	42,36 €	51	38,69 €	55,78 €
	34	29,93 €	42,63 €	52	39,92 €	57,62 €
	35	30,02 €	42,77 €	53	41,18 €	59,52 €
	36	30,14 €	42,95 €	54	42,53 €	61,54 €
	37	30,26 €	43,13 €	55	43,88 €	63,57 €
38	30,41 €	43,35 €	56	45,29 €	65,68 €	
39	30,53 €	43,54 €	57	46,76 €	67,89 €	
40	30,68 €	43,76 €	58	48,29 €	70,18 €	
41	30,77 €	43,89 €	59	49,85 €	72,52 €	
42	30,92 €	44,12 €	60	51,50 €	75,00 €	

Validez oferta hasta **31/12/2019**

Más información: **932 700 376 - eurogestio@alertis.es**

Solicitud de seguro de Baja Laboral y Accidentes

Fecha de efecto: _____ Forma de pago: M T S A Catalán Castellano Código Mediador **11398**

Datos del Mutualista/Asegurado

Nombre y Apellidos _____ Sexo H M Trabaja por: cuenta propia cuenta ajena
Telf. _____ Dirección _____ Núm. _____ Piso _____ Población _____ C.P. _____
NIF/CIF _____ Fecha de nacimiento _____ Profesión _____
Deportes que practica _____

Beneficiarios

En caso de vida: el propio asegurado En caso de muerte: sus herederos legales Otros _____

Domiciliación bancaria (IBAN)

ES _____ Revalorización IPC

Capital contratado

Indicar capital contratado (€): _____

Características del Asegurado

Altura _____ cm Peso _____ kg ¿Es fumador? Sí No ¿Cuántos al día? _____
¿Tiene alguna mutilación, invalidez o secuelas graves? Sí No ¿Presenta alguna alteración de la visión o tiene más de cinco dioptrías? Sí No
¿Tiene la tensión o el colesterol alto? Sí No ¿Tiene azúcar en la sangre (diabetes) o padece anemia o tiroides? Sí No
¿Toma habitualmente alguna medicación? Sí No ¿Ha consumido o consume drogas, estupefacientes o psicofármacos? Sí No
¿Es portador del VIH, hepatitis B-C? Sí No ¿Ha padecido alguna intervención quirúrgica o la tiene prevista en los próximos 6 meses? Sí No
¿Está en situación de baja laboral? Sí No En los últimos 6 meses ¿ha consultado algún especialista o realizado alguna prueba diagnóstica? Sí No

En caso de contestar a alguna de las preguntas anteriores, especificar tipo de enfermedad y fecha. _____

¿Ha tenido o tiene alguna de las enfermedades referente a: enfermedad crónica, congénita, persistente, disminución física o psíquica, los oídos, la piel, la columna vertebral o aparato locomotor, afección en las cuerdas vocales, lesiones cardíacas o circulatorias, aparato digestivo o respiratorio, el sistema nervioso o enfermedades de tipo psíquico, tumores (benignos o malignos) enfermedad renal o de la vías urinarias, enfermedad reumática, enfermedad en la sangre? **Sí** **No**

Mujeres: Ha tenido o tiene alguna enfermedad ginecológica? **Sí** **No**

El/la solicitante y persona a asegurar declaran haber contestado con total sinceridad las cuestiones anteriores, reconocen que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo y aceptan las consecuencias legales de cualquier omisión o falta de veracidad.

En _____, a _____ de _____ de _____

El/la mediador/a

El/la solicitante / asegurado/a

AVISO LEGAL:**1.- Identificación del titular responsable del tratamiento:**

El titular responsable del tratamiento de los datos:

MUTUA DE TERRASSA Mutualitat de Previsió Social a prima fixa, (de ahora en adelante, la MUTUALIDAD), con NIF núm. V08413460 y domicilio social en Terrassa, Pl. Doctor Robert, núm. 5.

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS: dpd@mutuaterrassa.cat

2.- Finalidad del tratamiento, base legal y plazos de conservación

- En la MUTUALIDAD tratamos los datos personales de los solicitantes y potenciales tomadores y asegurados para las siguientes finalidades:
 - Para atender cualquier solicitud que nos haga llegar a través de los formularios habilitados.
 - Para evaluar el riesgo de la solicitud en base a los datos que usted nos proporciona.
 - Para elaborar análisis estadísticas, mediciones y estudios de mercado sobre los productos y servicios ofertados por la MUTUALIDAD, los usuarios y sus necesidades, tendencias, intereses y preferencias.
 - Para remitir comunicados sobre productos de la MUTUALIDAD: El usuario podrá comunicar su deseo de no recibir más comunicaciones comerciales siguiendo las instrucciones que se indiquen al pie de cada una de las comunicaciones comerciales remitidas.
- Bases legales para el tratamiento:
 - Su consentimiento es considerado otorgado al rellenar la presente solicitud.
 - El interés legítimo de la MUTUALIDAD para el envío de información comercial y la elaboración de estudios de mercado.
 - Así mismo, en cumplimiento de la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información 34/2002 del 11 de julio, les indicamos que al informar el campo email o teléfono móvil nos autoriza a utilizar estos medios para la realización de comunicaciones directamente relacionadas con las finalidades indicadas.
- El plazo de conservación: Los datos se conservarán indefinidamente mientras no nos solicite su supresión.

3.- Destinatarios de los datos personales

- La MUTUALIDAD podrá comunicar los datos tratados, a otras entidades u organismos públicos relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos o de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro o co-seguro, según establece la ley 30/1995 de ordenación de los seguros privados.
- Por obligación legal: a jueces, tribunales que lo soliciten por vía judicial o en el marco de una investigación policial.

4.- Derechos de los titulares de los datos

Cualquier persona tiene derecho a obtener información sobre qué datos está tratando.

A continuación, le indicamos sus derechos:

- Los interesados tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para las finalidades para las cuales fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en este caso únicamente se conservarán para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La MUTUALIDAD dejará de tratar los datos, excepto por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Portabilidad: El interesado tendrá derecho a recibir los datos personales que le incumban, que haya facilitado a la MUTUALIDAD, en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica cuando:
 - a) el tratamiento esté basado en el consentimiento o en un contrato, y
 - b) el tratamiento se efectúe por medios automatizados.

a) el tratamiento esté basado en el consentimiento o en un contrato, y

b) el tratamiento se efectúe por medios automatizados.

Le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control (AEPD.- www.agpd.es) en caso de que no haya visto satisfechos el ejercicio de sus derechos aquí indicados.

Para ejercer los citados derechos puede ponerse en contacto con nosotros a través de correo postal o electrónico a las direcciones indicadas en el apartado 1, identificando a su petición la siguiente información:

- 1.- Datos del solicitante (Nombre y apellidos)
- 2.- Dirección de contacto
- 3.- Derecho que quiere ejercer
- 4.- Sobre qué datos concretos formula su petición

En el plazo máximo de un mes resolveremos su petición a través del mismo medio que haya utilizado inicialmente.

5.- Seguridad en el tratamiento

Teniendo en cuenta el estado de la técnica, los costes de aplicación, y la naturaleza, el alcance, el contexto y las finalidades del tratamiento, así como los riesgos de probabilidad y gravedad variables para los derechos y libertades de las personas físicas, la MUTUALIDAD aplicará medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo, que eviten la destrucción, pérdida o alteración accidental o ilícita de datos personales transmitidos, conservados o tratados de otra forma, o la comunicación o acceso no autorizados a estos datos.

6.- Cuestiones generales

El solicitante y persona a asegurar declara haber contestado con total sinceridad las cuestiones anteriores, reconociendo que las respuestas dadas tienen que servir de base para la valoración del riesgo y aceptando las consecuencias legales de cualquier omisión o falta de veracidad.

Así mismo da su consentimiento al tratamiento de los datos de salud que nos proporcione y de pedir información adicional de carácter clínico para poder evaluar su solicitud.

En _____, a _____ de _____ de _____

El/la mediador/a

El/la solicitante

La persona a asegurar