

El Tomador de la póliza deberá solicitar expresamente la inclusión del recién nacido **dentro de los quince días siguientes al nacimiento del niño**. Pasado este periodo será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud.

Datos del RECIÉN NACIDO: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Niño Niña

Nombre y Apellidos del Recién Nacido:

Fecha de Nacimiento:

Datos de los Padres: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Nombre y Apellidos del Padre:

Nombre y Apellidos de la Madre:

Datos de la Póliza: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Donde quiere incluir al recién nacido.

Nº. de Póliza

Tomador:

Modalidad de Póliza: (SÓLO CUMPLIMENTAR SI LA PÓLIZA ES DE HOSPITALIZACIÓN)

Oro

Platino/Premium

Información básica sobre Protección de Datos:

RESPONSABLE. Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA)

FINALIDAD. Valorar y delimitar el riesgo, estableciendo en su caso las condiciones médicas de aceptación del SOLICITANTE que se incluye en la póliza, así como gestionar y administrar la póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria.

LEGITIMACIÓN. El consentimiento expreso, la ejecución del contrato y el cumplimiento de obligaciones legales, según lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIOS. La Entidad Aseguradora podrá ceder total o parcialmente los datos personales facilitados para las finalidades señaladas a: El tomador, mediadores, otras entidades colaboradoras en la prestación de servicios, y en las relaciones de reaseguro y coaseguro, organismos públicos y autoridades.

DERECHOS. Acceder, rectificar y portar los datos, limitar u oponerse al tratamiento, y retirar el consentimiento prestado, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL. Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: www.acunsa.es/rgpd

La aceptación de esta cláusula sobre el tratamiento de datos de carácter personal es imprescindible para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El Tomador garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

Firmo el documento que he leído y acepto en su integridad, manifestando mi consentimiento inequívoco y expreso, y como representante legal o tutor legal del menor.

Firma del Tomador:

DNI:

Fecha: