

Póliza nº: 666023033

Número de solicitud Alta Baja Modificación N° Certificado
 Delegación Efecto Envío de documentación Mediador Delegación Cliente
 NIF Mediador A78022068

Datos del Titular

Apellidos y Nombre NIF/NIE
 Domicilio: Tipo de Vía Nombre de Vía Número Piso
 Código Postal Población
 Fecha de nacimiento Estado Civil Sexo Hombre Mujer
 Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

Datos Asegurados

1) Apellidos y Nombre NIF/NIE
 Domicilio Código Postal Población
 Fecha de nacimiento Sexo Hombre Mujer Parentesco Cuadro Médico
 Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

2) Apellidos y Nombre NIF/NIE
 Domicilio Código Postal Población
 Fecha de nacimiento Sexo Hombre Mujer Parentesco Cuadro Médico
 Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

3) Apellidos y Nombre NIF/NIE
 Domicilio Código Postal Población
 Fecha de nacimiento Sexo Hombre Mujer Parentesco Cuadro Médico
 Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

OBSERVACIONES

Resolución Solicitud: ACEPTADA RECHAZADA EXCLUSIONES

Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales incluidos en la presente póliza para la gestión del seguro, salvo que se indique lo contrario en este formulario o en revocación ulterior, Ud. consiente expresamente que sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), puedan ser utilizados por SegurCaixa Adeslas S.A. de Seguros y Reaseguros para las siguientes finalidades: (i) para la promoción publicitaria y para ofrecerle productos y servicios comercializados por nuestra entidad o por otras entidades colaboradoras y cuya contratación pudiera resultarle de interés, aun en el caso de que la póliza se extinga por cualquier causa; (ii) para la aplicación de técnicas estadísticas para la elaboración de perfiles y segmentación de datos al objeto de que las comunicaciones comerciales a que se refiere el punto anterior se efectúen con criterios de previa selección; (iii) para comunicarlos a la entidad financiera Caixabank, S.A., con Nif. A-08663619 y domicilio en Barcelona (08028), Avenida Diagonal, 621 y a las empresas, entidades o fundaciones del Grupo de Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirle, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente.

Si no aceptase tal utilización de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando las casillas correspondientes de este formulario sin que tal oposición o negativa impida la efectividad de su seguro.

En todo caso, Ud. podrá ejercer posteriormente y en cualquier momento, en los términos previstos en la legislación aplicable, los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente a nuestra compañía, mediante solicitud escrita y firmada, acreditando su identidad, dirigida a la dirección del domicilio social de cualquiera de estas entidades.

Conforme a lo indicado anteriormente, marque la/s casilla/s correspondientes si no admite el envío de publicidad y/o la cesión de datos indicada.

- No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria
 No acepto la comunicación de mis datos personales a terceras entidades.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con NIF.: A-28011864 y domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo.
 2. El Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo.
 3. El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.
- Fecha Firma

Cuestionario de salud

Nombre del Colectivo

Nº Certificado

Número de Solicitud

Nº Póliza



CONFIDENCIAL - GUARDAR EN SOBRE CERRADO - CONFIDENCIAL

IMPRESINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

DATOS DE INTERÉS SANITARIO		TITULAR		ASEGURADO 1		ASEGURADO 2		ASEGURADO 3		
		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		
		Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura	
Nº	Nº PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES	
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	
	a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	
7	¿Es o ha sido fumador?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	
	¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	
	¿Consumo o ha consumido estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	
			OBSERVACIONES				OBSERVACIONES			
			<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado				<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado			

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SegurCaixa Adeslas para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes. SegurCaixa Adeslas podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, SegurCaixa Adeslas queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el Contrato de Seguro, el Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados por SegurCaixa Adeslas, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales, así como a las entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento del seguro, y para atender los siniestros que acontezcan a lo largo de la vigencia de la póliza, autorizando para ello a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste. Asimismo el tomador y el asegurado autorizan a SegurCaixa Adeslas para el tratamiento de sus datos personales, excluidos los relativos a su salud, aun después de finalizada la relación contractual, con la finalidad de remitirles información por correo postal o por cualquier otro medio, sobre los productos y servicios comercializados por SegurCaixa Adeslas, por empresas integrantes de su grupo societario o por otras entidades colaboradoras, así como para contactar para la realización de encuestas de satisfacción, programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos deba dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, calle Juan Gris, 20-26 de Barcelona 08014. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer SegurCaixa Adeslas de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Fecha

Firma

S.R.E.F. 60/07 CS