Solicitud de adhesión (con Cuestionario de Salud) 17013

Adeslas

Nombre del Colectivo _____

Número de solicitud _____ Nº Póliza _____

☐ Alta ☐ Baja ☐ Modificación

Nº Certificado _____

Delegación _____ Efecto _____ Envío de documentación ☐ Empresa ☐ KAM ☐ Cliente

Clave Mediador 1 _____ Clave Mediador 2 _____

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 Nº de empleado _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza? ☐ Si ☐ No ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza _____

Forma de pago ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual ☐ Bimestral ☐ Semestral IBAN _____

Producto _____ Complementos adicionales _____

Datos Asegurados

Número de Asegurados _____

1) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza _____ ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

Producto _____ Complementos adicionales _____

2) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza _____ ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

Producto _____ Complementos adicionales _____

3) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco _____

Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza _____ ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

Producto _____ Complementos adicionales _____

OBSERVACIONES

Resolución Solicitud: ☐ ACEPTADA ☐ RECHAZADA ☐ EXCLUSIONES

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación, Solvencia y Supervisión de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, 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 Madrid Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid (España). Inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36.733, folio 213, hoja M-658265 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

1. 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 o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro. A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, SEGURCAIXA ADESLAS dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, 28046 Madrid. El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE
SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.

FINALIDAD
Mantenimiento de la relación contractual.
Ponernos en contacto con usted para informarle sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para el desarrollo de esta finalidad sus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado/segmentación que permitan que los productos o servicios que podamos ofrecerle se ajusten lo máximo posible a sus intereses y necesidades.
Si no desea que nos pongamos en contacto con usted con esta finalidad puede indicarlo marcando la casilla que encontrará a continuación.
☐ No deseo que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.

LEGITIMACIÓN
Para la gestión del contrato de seguro: ejecución de un contrato.
Para informar sobre productos o servicios de SegurCaixa Adeslas: interés legítimo del responsable.

DESTINATARIOS
No se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal.
No obstante, caso de que preste su **consentimiento** mediante la marcación de la casilla que encontrará a continuación, sus datos podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. y a las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad de que puedan ponerse en contacto con usted para informarle sobre sus productos o servicios.

DERECHOS
Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL
Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en las Condiciones Generales de las pólizas de seguro y/o en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

Consiente que sus datos personales sean comunicados a CaixaBank, S.A. y a las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad de que puedan ponerse en contacto con usted para informarle sobre sus productos o servicios. ☐ SI ☐ NO

Fecha _____ Firma _____

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36.733, folio 213, hoja M-658265.

Cuestionario de salud

NO ESCRIBA EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

Adeslas

Nombre del Colectivo _____

Número de Solicitud | | | | | | | | | Nº Certificado | | | | | | | | | Nº Póliza | | | | | | | | | | |

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

DATOS DE INTERÉS SANITARIO		TITULAR Nombre y Apellidos Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____		ASEGURADO 1 (*) Nombre y Apellidos Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		ASEGURADO 2 (*) Nombre y Apellidos Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		ASEGURADO 3 (*) Nombre y Apellidos Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____	
Nº	PREGUNTA		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	Si ☐ No ☐	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si ☐ No ☐	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si ☐ No ☐	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si ☐ No ☐	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
	¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si ☐ No ☐	Especifíquelas	Si ☐ No ☐	Especifíquelas	Si ☐ No ☐	Especifíquelas	Si ☐ No ☐	Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	Si ☐ No ☐	Especifique fecha y motivo	Si ☐ No ☐	Especifique fecha y motivo	Si ☐ No ☐	Especifique fecha y motivo	Si ☐ No ☐	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 ☐ No ☐	Especifique cuál, tratamiento y evolución	Si ☐ No ☐	Especifique cuál, tratamiento y evolución	Si ☐ No ☐	Especifique cuál, tratamiento y evolución	Si ☐ No ☐	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	Si ☐ No ☐	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	Si ☐ No ☐	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	Si ☐ No ☐	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	Si ☐ No ☐	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento?	Si ☐ No ☐	Especifique cuál	Si ☐ No ☐	Especifique cuál	Si ☐ No ☐	Especifique cuál	Si ☐ No ☐	Especifique cuál
	Según lo que conoce de su actual estado de salud:								
	a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento?	Si ☐ No ☐	Especifique cuál	Si ☐ No ☐	Especifique cuál	Si ☐ No ☐	Especifique cuál	Si ☐ No ☐	Especifique cuál
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si ☐ No ☐	Indique la causa	Si ☐ No ☐	Indique la causa	Si ☐ No ☐	Indique la causa	Si ☐ No ☐	Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador?	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día
	¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
	¿Consume o ha consumido estupefacientes?	Si ☐ No ☐	Especifique tipo de producto	Si ☐ No ☐	Especifique tipo de producto	Si ☐ No ☐	Especifique tipo de producto	Si ☐ No ☐	Especifique tipo de producto
(*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal.									
Firma y Fecha									
Observaciones		☐ Aceptado ☐ Rechazado		☐ Aceptado ☐ Rechazado		☐ Aceptado ☐ Rechazado		☐ Aceptado ☐ Rechazado	

Quienes suscriben, declaran, 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 o dolencias 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).

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, como responsable del tratamiento, tratará los datos personales facilitados para llevar a cabo la valoración del riesgo de conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros. Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.