Solicitud de seguro

NO ESCRIBAS EN LAS CASILLAS SOMBREADAS

Adeslas

17.013

Nº de solicitud | | | | | | | | | | Alta: ☐ Modificación: ☐ Traspaso: ☐

Nº de póliza: | | | | | | | | | Nº de certificado: | | | | | | | | | Nº de subcolectivo: | | Delegación: | | |

Efecto: | | / | | / | | | | Vencimiento: | | / | | / | | | | Campaña: | | | | | | | | |

Clave mediador 1: _____ Clave mediador 2: _____

DATOS DEL TRASPASO (A CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE TRASPASO)[1]

Nº de póliza de procedencia[2]: | | | | | | | | | Nº de certificado[2]: | | | | | | | | | Procede extorno: ☐

Baja total de la póliza: ☐ Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADOS): ☐

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Estado civil[4]: ☐ Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

Idioma de la documentación[4]: ☐ Forma de pago[4]: ☐ IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos adicionales del tomador (a cumplimentar SOLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARIO RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

Nº de póliza de procedencia: | | | | | | | | | Nº de certificado: | | | | | | | | |

Datos a cumplimentar SOLO SI CONTRATAS CUALQUIER PRODUCTO DE LA GAMA ADESLAS NEGOCIOS Y EMPRESAS (persona jurídica/CIF).

¿Los asegurados son **TODOS LOS EMPLEADOS** del tomador?[6] Sí: ☐ No: ☐

Confirmo que las personas a asegurar son empleados, socios y/o familiares de los mismos.

DATOS ASEGURADOS

1. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

2. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

3. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

PRODUCTO	**OBSERVACIONES**

COMPLEMENTOS ADICIONALES POR ASEGURADO

Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3

Resolución solicitud: Aceptada: ☐ Rechazada: ☐ Exclusiones: ☐ 1, 2, 3, 4, 5 y 6, ver instrucciones de cumplimentación en el reverso.

Declaro que la aseguradora ha puesto a mi disposición el documento de información del producto (IPID) que figura en la presente solicitud y la nota informativa del mismo con carácter previo a la posible contratación del seguro que se solicita.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. RESPONSABLE: SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros. **FINALIDAD**: mantener la relación contractual, así como ponernos en contacto contigo para informarte sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de tu interés. Para el desarrollo de esta finalidad tus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado/segmentación que permitan que los productos o servicios que podamos ofrecerte se ajusten lo máximo posible a tus intereses y necesidades. Si no deseas que nos pongamos en contacto contigo con esta finalidad, puedes indicarlo marcando la casilla que encontrarás 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 y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza. No obstante, caso de que prestes tu **consentimiento**, mediante la marcación de la casilla que encontrarás a continuación, tus datos identificativos y de contacto podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto contigo para informarte 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**: puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

☐ **Consiento** que mis datos personales identificativos y de contacto sean comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto conmigo para informarme sobre sus productos o servicios.

Fecha: | | / | | / | | | | Firma tomador/Firma representante legal: _____

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 36733, folio 213, hoja M-658265.

SL.AS.F.009/10

COPIA PARA LA COMPAÑÍA

Cuestionario de salud

Nº de solicitud: | | | | | | | | | |

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

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

Adeslas

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: _____ NIF: | | | | | | | | |

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (en caso de tratarse de una persona menor de edad o incapacitada, este cuestionario deberá ser cumplimentado por el representante legal)

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

Edad: _____ Sexo: _____ Relación con el tomador: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

1. Peso en kg: | | | Estatura en cm: | | | Profesión: _____

2. Si fumas, o has sido FUMADOR, indica el número de cigarrillos que fumas al día: | | y durante cuántos años: | |

3. ¿Padeces o has padecido alguna ENFERMEDAD?

Del CORAZÓN o VASCULAR (ejemplos: hipertensión, infarto, angina, arritmia, soplos, defectos valvulares).	Sí ☐	No ☐
METABÓLICA o ENDOCRINA (ejemplos: diabetes, colesterol o triglicéridos elevados, trastornos de la tiroides).	Sí ☐	No ☐
Del SISTEMA NERVIOSO (ejemplos: epilepsia, embolia, párkinson, esclerosis múltiple).	Sí ☐	No ☐
Del APARATO DIGESTIVO o del HÍGADO (ejemplos: hepatitis –excepto A–, cirrosis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).	Sí ☐	No ☐
RESPIRATORIA (ejemplos: asma, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño).	Sí ☐	No ☐
PSIQUIÁTRICA (ejemplos: depresión, angustia, trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia).	Sí ☐	No ☐
INFECCIOSA.	Sí ☐	No ☐
Del RIÑÓN o UROLÓGICA (ejemplos: insuficiencia renal, próstata).	Sí ☐	No ☐
GINECOLÓGICA (ejemplos: de mama, de útero, de ovarios).	Sí ☐	No ☐
De la VISTA o el OÍDO (ejemplos: más de 8 dioptrías de miopía, ceguera, desprendimiento de retina, sordera).	Sí ☐	No ☐
TUMORAL o CANCEROSA (esta pregunta no incluye, y no estás obligado a declarar, que has padecido cáncer una vez hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior).	Sí ☐	No ☐
REUMATOLÓGICA o de COLUMNA VERTEBRAL (ejemplos: artritis, artrosis, lupus, fibromialgia, hernia discal).	Sí ☐	No ☐
OTRAS.	Sí ☐	No ☐

En caso AFIRMATIVO, indica:

Enfermedad:	Fecha de diagnóstico:	Tratamiento:	Secuelas:

4. ¿Consumes algún MEDICAMENTO prescrito por tu médico? (ejemplos: para la diabetes, antidepresivos, ansiolíticos, antihipertensivos, diuréticos, antiinflamatorios). En caso afirmativo, ¿cuáles?, ¿desde cuándo?, ¿por qué? Sí ☐ No ☐

5. ¿Has sufrido algún accidente o estás de BAJA LABORAL o lo has estado durante más de 3 semanas en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indica por qué, cuándo y durante cuánto tiempo y si tienes secuelas. Sí ☐ No ☐

6. ¿Has sido HOSPITALIZADO o INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, o te has efectuado algún ESTUDIO o TRATAMIENTO concreto, o tienes previsto realizártelo próximamente? (excepto anginas, vegetaciones, hernias inguinales, apendicitis, cirugía estética, partos o cesáreas). En caso afirmativo, ¿de qué?, ¿cuándo?, ¿tienes secuelas? Sí ☐ No ☐

7. ¿Tienes solicitada o reconocida alguna DISCAPACIDAD o algún tipo de INVALIDEZ por enfermedad o accidente? En caso afirmativo, indica el grado de discapacidad, el tipo de invalidez y su causa médica. Sí ☐ No ☐

8. ¿Consumes o has consumido más de 5 unidades de ALCOHOL al día? (1 unidad = 1 vaso de vino, cerveza o licor). En caso afirmativo, indica el tipo de bebida alcohólica consumida y el número de unidades de alcohol por día. Sí ☐ No ☐

9. Consumes o has consumido ESTUPEFACIENTES o DROGAS (ejemplos: cocaína, heroína, marihuana, alucinógenos u otros)? En caso afirmativo, indica el tipo, cuándo, durante cuánto tiempo, la frecuencia y la última vez. Sí ☐ No ☐

Fecha: | | / | | / | | | | Nº de solicitud: | | | | | | | | | | |

Delegación: _____ Aceptado: ☐ Rechazado: ☐

Fecha y firma del asegurado o del representante legal:

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, y autoriza 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. Asimismo, 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 parte de 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 quedaría, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la valoración del riesgo. Puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre cómo ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

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 36733, folio 213, hoja M-658265.

COPIA PARA LA COMPAÑÍA • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

S.AS.F.01/14 Edit