

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de solicitud \_\_\_\_\_ N° Póliza \_\_\_\_\_

Alta  Baja  Modificación

N° 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 N° 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? N° 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? N° 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? N° 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? N° 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.

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

**FINALIDAD**  
Mantenimiento de la relación contractual.  
Poneremos 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](http://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 \_\_\_\_\_

# Cuestionario de salud

NO ESCRIBA EN  
LOS CASILLEROS  
SOMBREADOS

# Adeslas

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de Solicitud \_\_\_\_\_

Nº Certificado \_\_\_\_\_

Nº Póliza \_\_\_\_\_

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 _____ Sexo ____ Edad _____		Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		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? ¿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: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	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	
		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	
		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? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consume o ha consumido estupefacientes?	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	
		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	
		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	
(*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal.										
Firma y Fecha										
Observaciones										
			<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado				<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado			

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

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](http://www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos).