

Solicitud de adhesión (con Cuestionario de Salud)

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 Teléfono _____ Teléfono móvil _____

Correo electrónico _____ Nº de empleado _____

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza? Si No

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

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

Póliza intermediada por Aon Gil y Carvajal, S.A. Correduría de Seguros Sociedad Unipersonal. Inscrita en el Rº Mercantil de Madrid, Hoja M-19857, Tomo 15321, NIF A-28109247. Inscrita en el Registro Especial de Sociedades de Correduría de Seguros de la DGS con la clave J-107. Capacidad Financiera y Seguro de Responsabilidad Civil concertado según lo previsto en la Ley 26/2006, de 17 de Julio. Los datos solicitados a través de este formulario, serán incorporados a ficheros automatizados de Aon Gil y Carvajal, S.A.U., Correduría de Seguros y serán objeto de tratamiento automatizado con la finalidad de valorar y determinar el riesgo asegurado y la gestión de la póliza que se suscriba, así como la prestación, administración, ampliación, mejora y estudio de los servicios en los que usted decida darse de alta, contratar o solicitar información. En cualquier caso, Aon Gil y Carvajal, S.A.U., garantiza la confidencialidad y el tratamiento seguro de los datos personales facilitados de conformidad con la vigente normativa sobre protección de datos. La finalidad de la recogida y tratamiento automatizado de los datos personales incluye igualmente el envío, por medios tradicionales y electrónicos, de información operativa y comercial acerca de productos y servicios, ofrecidos por Aon Gil y Carvajal S.A.U., Correduría de Seguros. El titular autoriza a Aon Gil y Carvajal, S.A.U., Correduría de Seguros a incluir sus datos personales en sus ficheros, así como para su utilización y tratamiento automatizado o no, para los citados fines. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, usted podrá en cualquier momento denegar el consentimiento facilitado y ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos recogidos en el Fichero, dirigiéndose a Aon Gil y Carvajal, S.A.U., Correduría de Seguros C/Rosario Pino, 14 y 16 - 9ª Planta, 28020 Madrid (Att. Servicio Jurídico). De conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la Ley 26/2006 de 17 de Julio, para cualquier reclamación en relación con los servicios de Mediación de Seguros prestados deberá dirigirse al Apartado de Correos núm. 2053 o bien a la página web "quejasyreclamaciones.com".

En las Condiciones Generales de la póliza figura un apartado en el que se comunica al tomador/asegurado que sus datos son tratados de forma necesaria para poder contratar y gestionar la póliza.

En la presente solicitud de seguro se comunican las condiciones voluntarias a las que el tomador/asegurado puede oponerse consignándolo así en la solicitud de seguro sin que ello impida, en su caso, la contratación de la póliza. Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales y el de los asegurados incluidos en la presente solicitud para la valoración del riesgo y, en su caso, contratación y posterior gestión del seguro solicitado, a continuación le informamos que, respecto de sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, NIF, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), nuestra Entidad pretende utilizar los mismos 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 a la que se refiere la presente solicitud no llegue a formalizarse o 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 Fundación Bancaria "la Caixa", 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 dirigirse, 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 y de la empresa cesionaria anteriormente indicada comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente. Si no aceptase tal utilización y/o comunicación de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando las casillas que a tal efecto figuran en este documento sin que tal negativa impida la tramitación de esta solicitud de seguro y, en su caso, contratación de la póliza.

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 al Responsable de Tramitación de los Derechos ARCO de SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, Paseo de la Castellana, 259 C planta 6ª de Madrid (28046), o frente a cualquiera de las entidades cesionarias antes indicadas.

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 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 Participante 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 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.

Conforme a lo indicado anteriormente, marque las casillas 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.

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 _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	
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
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
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consumo 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
8	Firma y Fecha	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
9	Observaciones	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
		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado	

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

IMPRESINDIBLE 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).

(*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros - Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España) - Inscrita en el R. M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492. NIF: A28011864

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 debe dirigirse solicitud escrita y firmada acreditando su identidad, al Responsable de Tramitación de los Derechos ARCO de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, Paseo de la Castellana, 259 C. planta 6ª de Madrid (28046). En caso de oposición al tratamiento y cesión de estos datos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer el Asegurador de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.