

# Solicitud de Seguro

18190

MARCAR EN CASO DE TRASPASO



Número de solicitud

 Alta  Modificación  Traspaso

Número de póliza

Número de certificado

Número de subcolectivo

Delegación

Efecto

Vencimiento

Campaña

Envío de documentación

 Cliente Mediador Delegación Zona KAM Colectivo

Clave Mediador 1

Clave Mediador 2

**Datos del Traspaso - (A CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE TRASPASO) (1)**

Número de Póliza de procedencia (2)

Número de certificado (2)

 Procede externo Baja total de la póliza Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADOS)**Datos del Tomador**

Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio: Tipo de Vía (4)

Nombre de Vía

Número

Piso

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Estado Civil (4)

Profesión (4)

Sexo

 Hombre Mujer

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

Idioma de la documentación (4)

Forma de pago (4)

Cuenta corriente

**Datos adicionales del Tomador (A cumplimentar SÓLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARIO RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)**¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía?  Sí  No¿Solicita Exención de Carencias? (5)  Sí  No

Cuadro Médico

Número de Póliza de procedencia

Número de certificado

**Datos Asegurados**

1) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Profesión (4)

Sexo

 Hombre Mujer

Parentesco (4)

Cuadro Médico

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía?  Sí  No¿Solicita Exención de Carencias? (5)  Sí  No**SÓLO EN TRASPASOS:**

Nº de Póliza de procedencia (3)

Nº de certificado (3)

2) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Profesión (4)

Sexo

 Hombre Mujer

Parentesco (4)

Cuadro Médico

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía?  Sí  No¿Solicita Exención de Carencias? (5)  Sí  No**SÓLO EN TRASPASOS:**

Nº de Póliza de procedencia (3)

Nº de certificado (3)

3) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Profesión (4)

Sexo

 Hombre Mujer

Parentesco (4)

Cuadro Médico

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía?  Sí  No¿Solicita Exención de Carencias? (5)  Sí  No**SÓLO EN TRASPASOS:**

Nº de Póliza de procedencia (3)

Nº de certificado (3)

4) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Profesión (4)

Sexo

 Hombre Mujer

Parentesco (4)

Cuadro Médico

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía?  Sí  No¿Solicita Exención de Carencias? (5)  Sí  No**SÓLO 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	Asegurado 4

Resolución Solicitud:  ACEPTADA  RECHAZADA  EXCLUSIONES

(1), (2), (3), (4) y (5) Ver instrucciones de cumplimentación en el reverso.

Conforme a lo indicado en el apartado "TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES" que figura en el reverso de esta solicitud de seguro, 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.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# Cuestionario de Salud

## DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

## PERSONA A LA QUE SE REFIERE LA DECLARACIÓN

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Relación con el Declarante \_\_\_\_\_ Número de Orden \_\_\_\_\_

## DATOS DE INTERÉS SANITARIO

Nº	PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
	¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	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
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	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
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	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
	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
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	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
	¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	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

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

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

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SecurCaixa 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. SecurCaixa 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, SecurCaixa 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).

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Número de Solicitud

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 declarante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos sus datos de salud, sean tratados por SecurCaixa 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 que, en su caso, se pudiese suscribir, así como 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 sus datos de salud y la prestación sanitaria que Ud. hubiere recibido.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26. 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 el Asegurador de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

# Cuestionario de Salud

## DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

## PERSONA A LA QUE SE REFIERE LA DECLARACIÓN

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Relación con el Declarante \_\_\_\_\_ Número de Orden \_\_\_\_\_

## DATOS DE INTERÉS SANITARIO

Nº	PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
	¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	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
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	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
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	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
	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
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	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
	¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	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

COPIA PARA EL ASEGURADO • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SecurCaixa 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. SecurCaixa 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, SecurCaixa 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).

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Número de Solicitud

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 declarante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos sus datos de salud, sean tratados por SecurCaixa 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 que, en su caso, se pudiere suscribir, así como 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 sus datos de salud y la prestación sanitaria que Ud. hubiere recibido.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26. 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 el Asegurador de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.