

Nombre del Colectivo _____

Número de solicitud _____

 Alta Baja Modificación

Nº Póliza _____

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? N° de Póliza _____

Forma de pago Mensual Trimestral Bimestral Semestral Anual

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 _____

OBSERVACIONESResolución 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.

Ponemos 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 _____

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? ¿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
		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		<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.