

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 Bimestral Semestral Anual Cuenta corriente _____

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 _____ ¿Solicita Exención de Carencias? Si No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza _____

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 _____ ¿Solicita Exención de Carencias? Si No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza _____

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 _____ ¿Solicita Exención de Carencias? Si No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza _____

Producto _____ Complementos adicionales _____

OBSERVACIONES **IMPORTANTE: Los asegurados declaran que a la fecha de firma de esta solicitud no han sido diagnosticados de Procesos Oncológicos (con diagnóstico menor de 10 años), Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Diabetes Mellitus, Obesidad Mórbida, Síndrome de Down, Espina Bífida, Tetralogía de Fallot, Arteroesclerosis, Cardiopatía Isquémica, Enfermedades Cerebrovasculares y Enfermedad Hipertensiva Maligna, Fibrosis Pulmonar, Enfermedad Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Crónica, Hepatopatías Crónicas, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Esquizofrenia, Retraso Mental, Trastornos Bipolares, Artritis Reumatoide, distrofias Musculares, Lupus Sistémico, Dermatosis, Espondilitis Anquilopoyética, Hemofilia, Anemia Falciforme.**

Resolución Solicitud: ACEPTADA RECHAZADA EXCLUSIONES

Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales incluidos en la presente póliza para la gestión del seguro, salvo que se indique lo contrario en este formulario o en revocación ulterior, Ud. consiente expresamente que sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), puedan ser utilizados por SegurCaixa Adeslas S.A. de Seguros y Reaseguros 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 se extinga por cualquier causa, y (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.

El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente.

Si no aceptase tal utilización de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando la casilla correspondiente de este formulario sin que tal oposición o negativa impida la efectividad de su seguro.

No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria

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 a la dirección del domicilio social de cualquiera de estas entidades.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, 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 Partícipe 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 o el Defensor del 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.

Fecha _____ Firma _____