

Nº de póliza:	Nº de Solicitud:	Nº de Certificado:	Campaña / Colectivo:
---------------	------------------	--------------------	----------------------

Datos generales

MEDIADOR 6389

Datos del Tomador:

Nombre y Apellidos: _____ N.I.F.: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ e-mail: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Domicilio de Correspondencia (en caso de no coincidir con el del Tomador) _____

Datos de la Póliza:

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Fecha de Efecto: _____ Prima: _____

Datos Bancarios: Nombre Banco: _____ N° de Cuenta: _____

Modalidad de Seguro: Base Integral Plus Top Top Familiar Top 75mil Top 200mil Top 300mil Dental Otro: _____

Datos de los Asegurados:

(Marcar la garantía a contratar)

Nombre y Apellidos (incluir el tomador si es Asegurado)	N.I.F.	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo	Peso	Altura	Garantía Accidentes	Garantía Subsidio
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

1 Datos Médicos:

El presente cuestionario ha de ser contestado en su totalidad por el solicitante. En caso de respuestas afirmativas, se deberá facilitar la máxima información respecto a la enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación, fecha y situación actual, adjuntando fotocopias de los informes médicos que tenga en su poder.

Se informa al candidato que quedarán excluidos los procesos en curso y preexistencias no declaradas y aceptadas expresamente en condiciones particulares. A efectos del embarazo y parto, se considerará proceso en curso si la fecha de la última regla es anterior a la fecha de efecto de la póliza.

- ¿Ha estado hospitalizado o ha sido sometido en alguna ocasión a una intervención quirúrgica?
Asegurados: 1. SÍ NO 2. SÍ NO 3. SÍ NO 4. SÍ NO 5. SÍ NO 6. SÍ NO
- ¿Actualmente recibe o está pendiente de recibir algún control médico, tratamiento o medicación por alguna enfermedad?
Asegurados: 1. SÍ NO 2. SÍ NO 3. SÍ NO 4. SÍ NO 5. SÍ NO 6. SÍ NO
- ¿Sufre alguna alteración funcional, malformación, deformidad, amputación o minusvalía física o psíquica?
Asegurados: 1. SÍ NO 2. SÍ NO 3. SÍ NO 4. SÍ NO 5. SÍ NO 6. SÍ NO
- ¿Tiene previsto algún tipo de hospitalización durante el próximo año?
Asegurados: 1. SÍ NO 2. SÍ NO 3. SÍ NO 4. SÍ NO 5. SÍ NO 6. SÍ NO

Nombre del Tomador: _____

5. ¿Se encuentra actualmente con un proceso médico en curso?

Asegurados: 1. SÍ NO 2. SÍ NO 3. SÍ NO 4. SÍ NO 5. SÍ NO 6. SÍ NO

6. Tiene algún problema relacionado con la vista?

Asegurados: 1. SÍ NO 2. SÍ NO 3. SÍ NO 4. SÍ NO 5. SÍ NO 6. SÍ NO

2 Descripción de las Afecciones y/o patologías:

En caso afirmativo cumplimente adecuadamente las siguientes preguntas para todas y cada una de las causas que han motivado sus respuestas afirmativas:

Patología 1. Asegurado: _____

A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de Prueba o control: NO SÍ Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (Defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Patología 2. Asegurado: _____

A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de Prueba o control: NO SÍ Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (Defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Patología 3. Asegurado: _____

A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de Prueba o control: NO SÍ Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (Defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Patología 4. Asegurado: _____

A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

Nombre del Tomador: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de Prueba o control: NO SÍ Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (Defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

3 Información de interés para el candidato:

El candidato declara haber contestado de buena fe las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y pide que sea emitida la póliza para proceder a la firma y al pago de la misma. Asimismo declara que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asume íntegramente a los efectos de lo previsto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro 50/80. La persona a asegurar autoriza al Asegurador a solicitar información a los médicos o centros que pudieran haberle prestado asistencia médica de las afecciones declaradas anteriormente.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de carácter personal suministrados serán incluidos en ficheros cuya titularidad corresponde a Asefa, S.A. Seguros y Reaseguros, con la finalidad de gestionar y tramitar el presupuesto solicitado y, en su caso, la suscripción del seguro solicitado, así como para ofrecerle otros productos o servicios relacionados con el sector asegurador.

La cumplimentación de todos los datos personales solicitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la tramitación del seguro. Dichos datos podrán ser cedidos a aquellas entidades del sector asegurador que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro intervengan única y exclusivamente para la finalidad anteriormente indicada. Igualmente, se notifica que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro podrán ser cedidos a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

De igual manera, le informamos de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con sus datos de carácter personal, para lo que podrá dirigirse por escrito al responsable del tratamiento, Asefa, S.A. Seguros y Reaseguros, a la atención del Departamento de Calidad: Avda. de Manoteras, 32 – Edificio A, 28050, Madrid, o en: calidad@asefa.es

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

El Tomador,

La persona a Asegurar,

El Mediador,

Enviar la solicitud firmada a salud@riskseguros.es

(ES IMPRESCINDIBLE LA FIRMA DEL TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO PARA DAR PLENA VALIDEZ A ESTE DOCUMENTO).

Información para el candidato a Tomador del Seguro

Legislación Aplicable: Ley 50/80, de Contrato de Seguro; Real Decreto Legislativo 6/2004 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Orden ECO/ 734/2004 de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y defensor del cliente de las entidades financieras. Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Instancias de Reclamación:

- Interna: Departamento de Atención al Cliente de Asefa, S.A., sito en la Avda. de Manoteras 32, edificio A de Madrid, teléfono 917812200 fax 917812222, correo electrónico atencionalcliente@asefa.es.
- Administrativa: Mediante escrito dirigido al Comisionado para la Defensa del cliente de la Dirección General de Seguros y de Fondos de Pensiones, sito en Paseo de la Castellana 44 de Madrid.