

Solicitud de Seguro

MARCAR EN
CASO DE
TRASPASO



Número de solicitud Alta Modificación Traspaso

Número de póliza Número de certificado Número de subcolectivo

Delegación 2 | 8 | 1 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: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° 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: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° 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: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° 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: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° de certificado ⁽³⁾

PRODUCTO

OBSERVACIONES

Complementos adicionales por asegurado

| Tomador | Asegurado 1 | Asegurado 2 | Asegurado 3 | Asegurado 4 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

NO ESCRIBA
EN LOS
CASILLEROS
SOMBREADOS

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? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cuál |
| | Según lo que conoce de su actual estado de salud: | | 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"/> | Indique la causa |
| | b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 7 | ¿Es o ha sido fumador? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día |
| | ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas |
| | ¿Consume o ha consumido estupefacientes? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique tipo de producto |

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a 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. 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, 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 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 informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ADESLAS. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Cia. de Seguros Adeslas, S.A. Príncipe de Vergara, 110 - 28002 Madrid - Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 50 Gra. del Libro de Sociedades, folio I, hoja M 968. C.I.F. A-40001430.

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

S.A.S.F. 01/05

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

Cuestionario de Salud

NO ESCRIBA
EN LOS
CASILLEROS
SOMBREADOS

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? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cuál |
| | Según lo que conoce de su actual estado de salud: | | 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"/> | Indique la causa |
| | b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 7 | ¿Es o ha sido fumador? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día |
| | ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas |
| | ¿Consume o ha consumido estupefacientes? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique tipo de producto |

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a 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. 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, 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 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 informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ADESLAS. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Cia. de Seguros Adeslas, S.A. Príncipe de Vergara, 110 - 28002 Madrid - Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 50 Gra. del Libro de Sociedades, folio I, hoja M 968. C.I.F. A-40001430.

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

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

S.A.S.F.01/05

Cuestionario de Salud

NO ESCRIBA
EN LOS
CASILLEROS
SOMBREADOS

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? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cuál |
| | Según lo que conoce de su actual estado de salud: | | 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"/> | Indique la causa |
| | b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 7 | ¿Es o ha sido fumador? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día |
| | ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas |
| | ¿Consume o ha consumido estupefacientes? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique tipo de producto |

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a 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. 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, 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 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 informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ADESLAS. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Cia. de Seguros Adeslas, S.A. Príncipe de Vergara, 110 - 28002 Madrid - Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 50 Gra. del Libro de Sociedades, folio I, hoja M 968. C.I.F. A-40001430.

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

S.A.S.F. 01/05

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

Cuestionario de Salud

NO ESCRIBA
EN LOS
CASILLEROS
SOMBREADOS

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? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cuál |
| | Según lo que conoce de su actual estado de salud: | | 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"/> | Indique la causa |
| | b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 7 | ¿Es o ha sido fumador? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día |
| | ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas |
| | ¿Consume o ha consumido estupefacientes? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique tipo de producto |

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a 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. 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, 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 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 informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ADESLAS. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Cia. de Seguros Adeslas, S.A. Príncipe de Vergara, 110 - 28002 Madrid - Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 50 Gra. del Libro de Sociedades, folio I, hoja M 968. C.I.F. A-40001430.

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

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

S.A.S.F. 01/05