

NUEVA POLIZA

 MODIFICACIÓN DE DATOS
(Indique Póliza/Certificado. Cumplimente sólo los campos a modificar)

 BAJA

Nº de Solicitud	Nº de Póliza 666019277	Nº de Certificado
-----------------	----------------------------------	-------------------

TITULAR	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Estado Civil		Profesión		Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> ADESLAS COMPLETA + DENTAL		
	Domicilio de Prestación		Localidad		Código Postal	Provincia		
	¿Dispone de alguna otra póliza suscrita con Adeslas? <input type="checkbox"/> SI Indique Nº Póliza: _____ <input type="checkbox"/> NO		Fecha de efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA)		Teléfono Particular		Teléfono Profesional	

BENEFICIARIO 01	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small>		Estado Civil		Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> ADESLAS COMPLETA + DENTAL	

BENEFICIARIO 02	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small>		Estado Civil		Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> ADESLAS COMPLETA + DENTAL	

BENEFICIARIO 03	Apellidos		Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.
	Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small>		Estado Civil		Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> ADESLAS COMPLETA + DENTAL	

INDICAR FORMA DE PAGO:	<input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> BIMESTRAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO
------------------------	---	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

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 efectivos 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.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE
En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004 y artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, se informa al solicitante del seguro que:

- La entidad aseguradora es COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. con domicilio social en la calle del Príncipe de Vergara, 110 de Madrid 28002 sometida al control del Estado Español ejercido a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda.
- La legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.
- Los interesados podrán formular sus reclamaciones relativas al contrato de seguro ante el Dpto. de Atención al Cliente de ADESLAS como paso previo a la reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones.

SOLICITANTE DEL SEGURO	La emisión de la Póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía
Firma y fecha	

Aplicar Carencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Resolución: <input type="checkbox"/> ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/> VER EXCLUSIONES Motivo:	Fecha y Firma
--	---	---------------

OBSERVACIONES:

Adeslas

AUTORIZACION BANCARIA

Titular de la Cuenta Bancaria:			
--------------------------------	--	--	--

Nombre del Banco/Caja

Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta
---------	---------	----	------------------

Domicilio de la Sucursal

Muy Sres. míos:
Con esta fecha he pasado instrucciones a la Compañía de Seguros Adeslas, S.A. para que se sirva pasar al cobro contra mi cuenta en su Banco los recibos de prima del seguro que he contratado con dicha Entidad. Les ruego que atiendan tales operaciones hasta nuevo aviso.
Les saluda atentamente,

Población

Firma y fecha

Provincia	Código Postal
-----------	---------------

Nº de Solicitud	Nº de Póliza	Nº de Certificado
-----------------	--------------	-------------------

Nº	PREGUNTA	TITULAR		BENEFICIARIO 1		BENEFICIARIO 2		BENEFICIARIO 3	
		Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, 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	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:	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
	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	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
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	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?	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
	¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	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
	¿Consumo o ha consumido estupefacientes?	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

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 la 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).

TITULAR DEL SEGURO

Fecha y Firma