

# Solicitud de adhesión

# Adeslas

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de solicitud \_\_\_\_\_

Nº Póliza \_\_\_\_\_

Nº Certificado \_\_\_\_\_

Alta  Baja  Modificación

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

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nº de empleado \_\_\_\_\_

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza?  Sí  No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza \_\_\_\_\_

¿Solicita Exención de Carencias?  Sí  No

Forma de pago  Mensual  Trimestral  Anual  Bimestral  Semestral

IBAN \_\_\_\_\_

Producto \_\_\_\_\_

Complementos adicionales \_\_\_\_\_

## Datos Asegurados (En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal)

**IMPORTANTE:** Los asegurados declaran que a la fecha de firma de esta solicitud no han sido diagnosticados de **Enfermedades Oncológicas:** Cáncer en remisión completa hace menos de 10 años. **Enfermedades del Sistema Nervioso:** Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Distrofias Musculares, Secuelas graves de traumatismos o infecciones del Sistema Nervioso Central, Esclerosis Lateral Amiotrófica. **Enfermedades del Sistema Endocrino:** Diabetes Mellitus, Obesidad Mórbida, Enfermedad de Graves, Enfermedad de Cushing, Hiperparatiroidismo. **Enfermedades Congénitas:** Espina Bífida, Fibrosis quística, Cardiopatías congénitas. **Enfermedades del Sistema Circulatorio:** Cardiopatía Isquémica, Enfermedades Cerebrovasculares y Enfermedad Vascular Hipertensiva, Enfermedades de las válvulas cardíacas, Marcapasos, Arritmias, Aneurisma aórtico, Insuficiencia cardíaca. **Enfermedades del Aparato Respiratorio:** Fibrosis Pulmonar, EPOC, Apneas del sueño, Hipertensión pulmonar, Insuficiencia Respiratoria. **Enfermedades del Aparato Digestivo:** Hepatopatías Crónicas, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Pancreatitis crónica. **Enfermedades del Aparato Genitourinario:** Insuficiencia Renal Crónica. **Enfermedades Mentales:** Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Psicosis, Enfermedades Reumatológicas y del Tejido Conectivo: Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante, Lupus Sistémico, Dermatomiositis, Vasculitis, Psoriasis. **Enfermedades de la Sangre:** Hemofilia, Anemia Falciforme, Linfomas, Leucemias. **Otros:** Trasplantes, Virus Hepatitis B o C.

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? Nº de Póliza \_\_\_\_\_

Complementos adicionales \_\_\_\_\_

¿Solicita Exención de Carencias?  Sí  No

Fecha y Firma

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? Nº de Póliza \_\_\_\_\_

Complementos adicionales \_\_\_\_\_

¿Solicita Exención de Carencias?  Sí  No

Fecha y Firma

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? Nº de Póliza \_\_\_\_\_

Complementos adicionales \_\_\_\_\_

¿Solicita Exención de Carencias?  Sí  No

Fecha y Firma

## OBSERVACIONES

Resolución 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 PARA EL TITULAR

**RESPONSABLE**  
SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.

**FINALIDAD**  
Mantenimiento de la relación contractual.

Poneremos 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.

**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.  SÍ  NO

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, 28046 Madrid. El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

### 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](http://www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos).

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_