

Solicitud de Seguro

MARCAR EN
CASO DE
TRASPASO



Número de solicitud Alta Modificación Traspaso

Número de póliza Número de certificado Número de subcolectivo

Delegación Efecto Vencimiento

Campaña Envío de documentación Cliente Mediador Delegación Zona KAM Colectivo

Clave Mediador 1 C0124 40361318 K Marc Gómez - https://segur.pro/adeslas 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

TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

En las Condiciones Generales de la póliza figura un apartado en el que se comunica al tomador/asegurado que sus datos son tratados de forma necesaria para poder contratar y gestionar la póliza.

En la presente solicitud de seguro se comunican las condiciones voluntarias a las que el tomador/asegurado puede oponerse consignándolo así en la solicitud de seguro sin que ello impida, en su caso, la contratación de la póliza.

Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales y el de los asegurados incluidos en la presente solicitud para la valoración del riesgo y, en su caso, contratación y posterior gestión del seguro de asistencia sanitaria solicitado, a continuación le informamos que, respecto de sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), nuestra Entidad pretende utilizar los mismos 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 no llegue a formalizarse o se extinga por cualquier causa; (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; (iii) para comunicarlos a la entidad financiera CaixaBank, S.A., con Nif. A-08663619 y domicilio en Barcelona (08028), Avenida Diagonal, 621 y a las empresas, entidades o fundaciones del Grupo de Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirse, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

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

Si no aceptase tal utilización y/o comunicación de sus datos personales podrá indicarlo así marcando las casillas que a tal efecto figuran en el anverso de este documento, sin que tal negativa impida la tramitación de esta solicitud de seguro y, en su caso, contratación de la póliza.

En todo caso, usted 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 o frente a cualquiera de las entidades cesionarias antes indicadas, 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: A28011864 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.

HOJA DE INSTRUCCIONES

- (1) Traspaso: Se produce cuando un cliente actual de SegurCaixa Adeslas solicita un cambio de producto que implica la anulación de su contrato actual y la firma de un nuevo contrato de póliza. El cambio de producto debe hacerse a otros productos de la misma familia (de asistencia sanitaria a asistencia sanitaria, de dental a dental, de accidentes a accidentes, etc.). Además, se requiere que el cliente se encuentre al corriente de pago en su póliza actual y que mantenga la continuidad del seguro (la fecha de baja en la póliza original debe coincidir con la fecha de alta en la nueva póliza a la que se traspasa, de manera que no haya ningún periodo sin aseguramiento).
- (2) En caso de traspaso, cuando todos los asegurados en la nueva póliza provengan de un mismo contrato, se indicará la póliza de origen en el apartado "Datos del traspaso", en la casilla "Número de póliza de procedencia", de la Solicitud (traspaso puro).
- (3) En caso de traspaso, si los asegurados provienen de distintas pólizas, se indicará la póliza de procedencia en la casilla correspondiente a la información de cada asegurado (apartado "Datos Asegurados", subapartado "Sólo en traspasos").
- (4) Códigos a utilizar (ver cuadros adjuntos).
- (5) Exención de Carencias: En caso de que el tomador y/o asegurados soliciten exención de carencias, requiere que a la solicitud se le adjunten los recibos que acrediten haber abonado la prima del seguro anterior, así como las condiciones particulares y/o generales del producto que tenían contratado anteriormente.

Idioma de la documentación

- 1: Castellano
2: Catalán

Tipo de Vía

- AG: Agrupación
AL: Alameda
AP: Apartamentos
AV: Avenida
BC: Barranco
BD: Bajada
BL: Bloque
BO: Barrio
CH: Chalet
CJ: Callejón
CL: Calle
CM: Camino
CO: Colonia
CR: Carretera
CS: Casa
CT: Cuesta
DS: Diseminado
ED: Edificio
GL: Glorieta
GR: Grupo
LG: Lugar
MC: Mercado
PD: Partida
PG: Polígono
PJ: Pasaje
PL: Plazoleta
PQ: Parque
PR: Prolongación
PS: Paseo
PZ: Plaza
RB: Rambla
RD: Ronda
SD: Subida
SN: Senda
TR: Travesía
TT: Torrente
UR: Urbanización

Estado Civil

- S: Soltero
C: Casado/Pareja
E: Separado
D: Divorciado
V: Viudo
O: Otro

Forma de Pago

- A: Anual
M: Mensual
B: Bimestral
S: Semestral
T: Trimestral

Parentesco

- CO: Cónyuge
HI: Hijo(a)
NI: Nieto(a)
PA: Padre o madre
AB: Abuelo(a), bisabuelo(a)
HE: Hermano(a), primo(a)
OT: Otro

Código	Profesión
099	No definido
900	Administrativo
939	Agricultor
968	Ama de Casa
913	Apicultor
914	Artista con trabajos en taller
969	Aserrador
915	Avicultor
901	Azafata en tierra o de congresos
940	Azafata en vuelo
941	Basurero
970	Bombero, Policía, Guardia Civil
990	Cantante de Ópera
971	Cantero sin explosivos
916	Cartero (reparto a pie)
942	Cartero (reparto en vehículo)
943	Cobrador
944	Comercial con gestiones fuera centro de trabajo
945	Conductor de vehículos o maquinaria
917	Conserje (con trabajos mantenimiento)
902	Conserje (sin trabajos mantenimiento)
918	Decorador
972	Deportistas Profesionales
946	Directivo que realiza viajes frecuentes
903	Emp. Comercial sin trab. fuera y sin carga-descarga/Dependiente
904	Empleado centro de estética o belleza
919	Empleado con trabajos carga/descarga sin maquinaria
947	Empleado industria química
920	Empleado no docente de centro de enseñanza
921	Escaparatasta
973	Estibador
974	Estudiante
922	Floricultor-Arboricultor
923	Fotógrafo
905	Fotógrafo de estudio
975	Funcionario
976	Fundidor
948	Ganadero
977	Guarda o Vigilante Jurado
949	Guía turístico
924	Herbolario con recogida hierbas
925	Horticultor
926	Hostelería / camarero
950	Indust. transformadora con utilización de maquinaria
951	Industria reciclaje
952	Instal. industrial/domésticas en exterior edificios
953	Instal/repador calefacción, antenas, ascensores

Código	Profesión
927	Instalaciones industriales y domésticas en el interior de edificios
978	Jardinero con poda de árboles
954	Jardinero sin poda de árboles
928	Joyero (fabricación y reparación)
979	Jubilado/Pensionista
980	Leñador
929	Limpieza en interior de edificios
906	Locutor de radio-televisión en estudio
955	Mecánico o planchista de automoción o maquinaria
981	Mensajero
982	Minero
967	No autónomos
930	Ordenanza (con trabajos mantenimiento)
907	Ordenanza (sin trabajos mantenimiento)
931	Panadero
932	Pastelero
956	Periodista (territorio nacional)
933	Personal sanitario en hospital, clínica, ambulatorio
934	Personal sanitario en laboratorio o taller
983	Pescador de Altura
957	Pescador de bajura, marino con singladuras de menos de 24 horas
984	Piloto
985	Pintor de Andamios
935	Portero de inmueble (con trabajos de mantenimiento)
908	Portero de inmueble (sin trabajos mantenimiento)
958	Profesional con desplazamientos habituales (más de 1 por semana)
909	Profesional desarrollando su actividad en oficinas
959	Profesional especialista en industria alimentaria / Pescadero
986	Profesional teatro, cine, televisión, música
987	Profesor Actividades Deportivas. Baile
960	Profesor auto-escuela
910	Profesor de pre-escolar, ESO, Bachillerato
936	Profesor escuela profesional
937	Profesor universitario-ciencias experimentales
911	Profesor universitario-ciencias humanísticas
988	Religiosos, sacerdotes
961	Reportero gráfico (territorio nacional)
989	Soldador en buques y obras
962	Taxista
963	Titul. univ. con actividad fuera de oficinas/comercios
912	Titulado universitario en oficina/estab. comercial
964	Trabajos construcción en exterior edificios
965	Trabajos de carga y descarga con maquinaria
938	Trabajos de construcción en interior de edificios
966	Vigilante sin armas

Cuestionario de Salud

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? Según lo que conoce de su actual estado de salud:	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
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	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
	¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	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

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

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

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SecurCaixa 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. SecurCaixa 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, SecurCaixa 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 13 de diciembre 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 declarante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos sus datos de salud, sean tratados por SecurCaixa Adeslas, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales, así como a las entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento del seguro que, en su caso, se pudiese suscribir, así como para atender los siniestros que acontezcan a lo largo de la vigencia de la póliza, autorizando para ello a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a sus datos de salud y la prestación sanitaria que Ud. hubiere recibido.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer el Asegurador de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Cuestionario de Salud

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? Según lo que conoce de su actual estado de salud:	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
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	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
	¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	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

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SecurCaixa 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. SecurCaixa 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, SecurCaixa 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 13 de diciembre 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 declarante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos sus datos de salud, sean tratados por SecurCaixa Adeslas, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales, así como a las entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento del seguro que, en su caso, se pudiese suscribir, así como para atender los siniestros que acontezcan a lo largo de la vigencia de la póliza, autorizando para ello a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a sus datos de salud y la prestación sanitaria que Ud. hubiere recibido.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer el Asegurador de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.