

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? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución 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: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál Especifique cuál Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consume o ha consumido estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día Especifique cantidad al día y tipo de bebidas 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 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

El presente documento es un ejemplo y **no** es válido para la contratación ni solicitud de seguros.
Asesor exclusivo: Marc Gómez. Teléfono 972 10 67 15

Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Número de Solicitud

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Caracter 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 por 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, y 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 los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste.

Asimismo el tomador y el asegurado autorizan a ADESLAS para el tratamiento de sus datos personales, excluidos los relativos a su salud, aun después de finalizada la relación contractual, con la finalidad de remitirles información por correo postal o por cualquier otro medio, sobre los productos y servicios comercializados por ADESLAS, por empresas integrantes de su grupo societario o por otras entidades colaboradoras, así como para contactar para la realización de encuestas de satisfacción, programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. calle Príncipe de Vergara, 110 de Madrid 28002. 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 dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

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? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución 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: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál Especifique cuál Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consume o ha consumido estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día Especifique cantidad al día y tipo de bebidas 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 13 de diciembre de Protección de Datos de Caracter 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 por 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, y 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 los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste.

Asimismo el tomador y el asegurado autorizan a ADESLAS para el tratamiento de sus datos personales, excluidos los relativos a su salud, aun después de finalizada la relación contractual, con la finalidad de remitirles información por correo postal o por cualquier otro medio, sobre los productos y servicios comercializados por ADESLAS, por empresas integrantes de su grupo societario o por otras entidades colaboradoras, así como para contactar para la realización de encuestas de satisfacción, programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de COMPAÑIA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. calle Príncipe de Vergara, 110 de Madrid 28002. 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 dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.