

Nº de póliza:	Nº de Solicitud:	Nº de Certificado:	Campaña / Colectivo:
---------------	------------------	--------------------	----------------------

Datos generales

Datos del Tomador:

Nombre y Apellidos:	N.I.F.:	
Domicilio:	C.P.:	
Población:	Provincia:	
Teléfono:	Móvil:	e-mail:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Domicilio de Correspondencia (en caso de no coincidir con el del Tomador)		

Datos de la Póliza:

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Fecha de Efecto: _____ Prima: _____

Datos Bancarios: Nombre Banco: _____ N° de Cuenta: _____

Modalidad de Seguro: Base Integral Plus Top Top Familiar Top 75mil Top 200mil Top 300mil Dental Otro: _____

Datos de los Asegurados:

(Marcar la garantía a contratar)

Nombre y Apellidos (incluir el tomador si es Asegurado)	N.I.F.	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo	Peso	Altura	Garantía Accidentes	Garantía Subsidio
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

¿Tiene concertado en la actualidad un seguro de Asistencia Sanitaria? SI NO

(Aportar póliza original donde aparezca fecha de efecto y último recibo de prima pagado). En caso de proceder de un seguro cuyas coberturas sean similares al producto solicitado, se darán derechos inmediatos a excepción de medicina preventiva, prótesis, trasplantes, embarazos, partos y procesos en curso.

1 Declaración de Salud

El presente cuestionario ha de ser contestado en su totalidad por el solicitante. En caso de respuestas afirmativas, se deberá facilitar la máxima información respecto a la enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación, fecha y situación actual, adjuntando fotocopias de los informes médicos que tenga en su poder.

Se informa al candidato que quedarán excluidos los procesos en curso y preexistencias no declaradas y aceptadas expresamente en condiciones particulares. A efectos del embarazo y parto, se considerará proceso en curso si la fecha de la última regla es anterior a la fecha de efecto de la póliza.

Por favor, responda detenidamente a todas las preguntas, aunque alguna de ellas pueda parecerle irrelevante:

¿Padece usted o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?

1. Alergia

		NÚMERO DE ASEGURADO					
		1	2	3	4	5	6
SI							
NO							

Nombre del Tomador: _____

2. Alteraciones o enfermedades del corazón, del aparato circulatorio y/o respiratorio
¿Tiene o ha tenido hipertensión arterial, asma, enfisema, EPOC, tuberculosis, angina de pecho-infarto, arritmia, valvulopatías, arteriosclerosis, varices u otras enfermedades?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

3. Alteraciones o enfermedades del aparato digestivo
¿Padece o ha padecido úlceras, gastritis, cólicos hepáticos (piedras en la vesícula), hepatitis, cirrosis, pancreatitis, hemorroides, hernia u otras enfermedades?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

4. Alteraciones o enfermedades del riñón o vías urinarias
¿Padece o ha padecido cólico nefrítico (piedras en el riñón), infección de orina-sangre, infección de orina, insuficiencia renal, enfermedades de próstata u otras enfermedades?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

5. Alteraciones o enfermedades de los huesos, articulaciones, columna vertebral o patología de las caderas
¿Tiene o ha tenido alguna malformación o enfermedad de nacimiento, limitación física o invalidez, artrosis, reuma, deformidades, hernia discal, lesiones de rodilla, caderas u otras enfermedades?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

6. Alteraciones o enfermedades en los ojos
¿Tiene o ha tenido cataratas, glaucoma, miopía, desprendimiento de retina u otras enfermedades?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

7. Alteraciones o enfermedades del sistema nervioso o mental
¿Padece o ha padecido epilepsia, embolias o hemorragias cerebrales, parálisis, enfermedades mentales, depresión u otras enfermedades?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

8. Tumores, bultos u otras alteraciones hormonales
¿Padece o ha padecido diabetes, bocio, gota, obesidad?, ¿Ha sufrido alguna enfermedad urológica o ginecológica (nódulos, fibromas, quistes, calcificaciones)?, ¿Se ha sometido a algún tipo de analítica o prueba de esterilidad/fertilidad?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

9. ¿Ha sido usted hospitalizado en los últimos cinco años para tratamiento médico o para intervención quirúrgica?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

10. ¿Ha sido sometido durante el último año a pruebas de esfuerzo, TAC, resonancia magnética, endoscopia o gammagrafías?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

11. ¿Se encuentra en algún proceso oncológico?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

12. ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento?
En caso afirmativo y según lo que conoce de su estado actual de salud, detalle en el apartado *Descripción de afecciones*, si le consta que antes de un año habrá de hacerse algún estudio (prueba diagnóstica) o tratamiento, y si necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital.

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

13. ¿Tiene usted o ha tenido alguna otra enfermedad o afección, malformación o enfermedad congénita que no le hayamos preguntado?

NÚMERO DE ASEGURADO						
	1	2	3	4	5	6
SI						
NO						

Nombre del Tomador: _____

He recibido información de las coberturas, carencias y precios del producto de Asefa Salud que deseo contratar

SÍ NO

En caso afirmativo cumplimente adecuadamente las siguientes preguntas para todas y cada una de las causas que han motivado sus respuestas afirmativas:

Patología 1. Asegurado:

A. Nombre de la afección o enfermedad declarada: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de prueba o control: NO SÍ Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Patología 2. Asegurado:

A. Nombre de la afección o enfermedad declarada: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de prueba o control: NO SÍ Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Patología 3. Asegurado:

A. Nombre de la afección o enfermedad declarada: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de prueba o control: NO SÍ Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Patología 4. Asegurado:

A. Nombre de la afección o enfermedad declarada: _____

B. Fecha Inicio: _____ Fecha de Alta: _____

Nombre del Tomador: _____

C. Causa de la Afección:

Accidente Enfermedad Contagio Congénita Infecciosa Desconocida Otra: _____

D. Tratamiento al que se sometió o está siendo sometido: _____

E. Necesitará en un futuro algún tipo de prueba o control: NO Sí Descripción: _____

F. Indique las secuelas que tiene y si lleva algún tipo de prótesis o material quirúrgico: _____

G. Situación actual: _____

H. Afección (defecto de refracción óptica) _____ N° dioptrías: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

2 Información de interés para el candidato:

El candidato declara haber contestado de buena fe las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y pide que sea emitida la póliza para proceder a la firma y al pago de la misma. Asimismo, declara que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asume íntegramente a los efectos de lo previsto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro 50/80. La persona a asegurar autoriza al Asegurador a solicitar información a los médicos o centros que pudieran haberle prestado asistencia médica de las afecciones declaradas anteriormente.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de carácter personal suministrados serán incluidos en ficheros cuya titularidad corresponde a Asefa, S.A. Seguros y Reaseguros, con la finalidad de gestionar y tramitar el presupuesto solicitado y, en su caso, la suscripción del seguro solicitado, así como para ofrecerle otros productos o servicios relacionados con el sector asegurador.

La cumplimentación de todos los datos personales solicitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la tramitación del seguro. Dichos datos podrán ser cedidos a aquellas entidades del sector asegurador que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro intervengan única y exclusivamente para la finalidad anteriormente indicada. Igualmente, se notifica que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro podrán ser cedidos a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

De igual manera, le informamos de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con sus datos de carácter personal, para lo que podrá dirigirse por escrito al responsable del tratamiento, Asefa, S.A. Seguros y Reaseguros, a la atención del Departamento de Calidad: Avda. de Manoteras, 32 – Edificio A, 28050, Madrid, o en: calidad@asefa.es

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

El Tomador,

La persona a Asegurar,

El Mediador,

(ES IMPRESCINDIBLE LA FIRMA DEL TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO PARA DAR PLENA VALIDEZ A ESTE DOCUMENTO).

Información para el candidato a Tomador del Seguro

Legislación Aplicable: Ley 50/80, de Contrato de Seguro; Real Decreto Legislativo 6/2004 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y defensor del cliente de las entidades financieras. Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Instancias de Reclamación:

- a) Interna: Departamento de Atención al Cliente de Asefa, S.A., sito en la Avda. de Manoteras 32, edificio A de Madrid, teléfono 917812200 fax 917812222, correo electrónico atencionalcliente@asefa.es.
- b) Administrativa: Mediante escrito dirigido al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y de Fondos de Pensiones, sito en Paseo de la Castellana 44 de Madrid.