

Nombre del Colectivo

Familiares de Empleados de “la Caixa y CaixaBank”

Número de solicitud

Nº Póliza

6

6

6

0

0

5

0

0

1

0

1

☐ Alta

☐ Baja

☐ Modificación

Delegación

Efecto

Nº Certificado

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

Nº de empleado

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza?

☐ Si

☐ No

¿Solicita Exención de Carencias?

☐ Si

☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

Forma de pago

☒ Mensual

☐ Trimestral

☐ Anual

☐ Bimestral

☐ Semestral

Cuenta corriente

Producto

Adeslas Completa

Complementos adicionales

Plus Dental

Datos Asegurados

Número de Asegurados

1) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Solicita Exención de Carencias?

☒ Si

☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

Producto

Adeslas Completa

Complementos adicionales

Plus Dental

2) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Solicita Exención de Carencias?

☒ Si

☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

Producto

Adeslas Completa

Complementos adicionales

Plus Dental

3) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

☐ Hombre

☐ Mujer

Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Solicita Exención de Carencias?

☒ Si

☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas?

Nº de Póliza

Producto

Adeslas Completa

Complementos adicionales

Plus Dental

OBSERVACIONES

Resolución Solicitud:

☐ ACEPTADA

☐ RECHAZADA

☐ EXCLUSIONES

Los datos personales del tomador del seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados que figuran en la presente póliza, o cualquier dato adicional, incluidos los de salud, que se generen durante la vigencia de la misma, requieren ser tratados en los ficheros de la entidad aseguradora con el fin de contratar y gestionar el contrato de seguro, así como para prestar los servicios relacionados con el mismo.

El tomador/asegurado autoriza que estos datos puedan ser conservados en los ficheros de la entidad aseguradora con fines estadísticos y de prevención del fraude, aún en el caso de que la póliza no llegue a perfeccionarse o se extinga por cualquier otra causa.

También autoriza a que la entidad aseguradora pueda comunicar a entidades aseguradoras o de reaseguro los datos del tomador del seguro y de los asegurados, indicados en el primer párrafo de esta cláusula, con fines de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera y de los riesgos asegurados en la presente póliza, así como que estos datos puedan ser comunicados entre la compañía aseguradora y los profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales autorizando para ello a dicha entidad a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste.

Cuando el tomador y el asegurado sean personas distintas, el tomador se obliga a informar al asegurado o asegurados de las finalidades del tratamiento de datos antes indicada, a realizar por el asegurador, y que pueden ejercitar ante éste los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición reconocidos en la legislación sobre protección de datos.

El tomador del seguro y el asegurado podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurado, responsable del tratamiento, o en su caso en el domicilio de las entidades cesionarias.

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: A-28011864 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.