



Solicitud de Adhesión CONFEDETEL

CS

Número de solicitud

Número de Póliza

Subc

Alta Baja Modificación

Nº Certificado

Delegación

Efecto

Envío de documentación

Empresa KAM Cliente

NIF Agente 1

NIF Agente 2

Datos del Titular

Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio: Tipo de Via

Nombre de Via

Número

Piso

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Estado Civil

Sexo

Hombre

Mujer

Nº de empleado

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Desea que el Tomador sea Asegurado de la Póliza? Si No ¿Solicita Exención de Carencias? Si No

¿Dispone de alguna otra póliza con Adeslas? Nº de Póliza ¿Desea recibir información de Adeslas por e-mail? Si No

Forma de pago Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

Cuenta corriente

Producto Complementos adicionales

Datos Asegurados

Número de Asegurados

1) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre

Mujer

Parentesco

Cuadro Médico

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con Adeslas? Nº de Póliza ¿Solicita Exención de Carencias? Si No

Producto Complementos adicionales

2) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre

Mujer

Parentesco

Cuadro Médico

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con Adeslas? Nº de Póliza ¿Solicita Exención de Carencias? Si No

Producto Complementos adicionales

3) Apellidos y Nombre

NIF/NIE

Domicilio

Código Postal

Población

Fecha de nacimiento

Sexo

Hombre

Mujer

Parentesco

Cuadro Médico

Teléfono

Teléfono móvil

Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con Adeslas? Nº de Póliza ¿Solicita Exención de Carencias? Si No

Producto Complementos adicionales

OBSERVACIONES

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, 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 asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Información de interés para el cliente. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004 y artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, se informa al solicitante del seguro que: La entidad aseguradora es COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. con domicilio social en la calle del Príncipe de Vergara, 110 de Madrid 28002 sometida al control del Estado Español ejercido a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda. 2. La legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española. 3. Los interesados podrán enviar sus reclamaciones relativas al contrato de seguro ante el Dpto. de Atención al Cliente de ADESLAS como paso previo a la reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. 4. En todo caso podrán acudir a los juzgados y Tribunales de Justicia.

Fecha Firma

3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	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	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	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	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas

6	<p>¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento?</p> <p>Segun lo que conoce de su actual estado de salud:</p> <p>a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algun estudio o tratamiento?</p> <p>b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Especifique cual</p> <p>Especifique cual</p> <p>Indique la causa</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifique cual</p> <p>Especifique cual</p> <p>Indique la causa</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifique cual</p> <p>Especifique cual</p> <p>Indique la causa</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Especifique cual</p> <p>Especifique cual</p> <p>Indique la causa</p>
---	--	--	---	--	---	--	---	--	---

¿Es o ha sido fumador?

¿Consume o ha consumido

habitualmente bebidas alcohólicas?

¿Consume o ha consumido

estupefacientes?

SI NO

SI NO

SI NO

Especifique cantidad al día

SI NO

SI NO

SI NO

Especifique cantidad al día

SI NO

SI NO

SI NO

Especifique cantidad al día

SI NO

SI NO

SI NO

Especifique cantidad al día

Especifique cantidad al día y tipo de

bebidas

Especifique cantidad al día y tipo de

bebidas

Especifique cantidad al día y tipo de

bebidas

Especifique cantidad al día y tipo de

bebidas

Especifique tipo de producto

Especifique tipo de producto

Especifique tipo de producto

Especifique tipo de producto

OBSERVACIONES

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, 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 asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición los datos deben dirigirse a ADESLAS. En caso de oposición al tratamiento o cesación de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivos las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure la oposición. Carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Fecha

Firma

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 Facilitadores Intervinientes. ADESLAS podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexistencia 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).

