

Solicitud de Seguro

MARCAR EN
CASO DE
TRASPASO

Adeslas

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 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.

MEDIANTE LA FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD EL SOLICITANTE DEL SEGURO DECLARA HABER LEÍDO Y COMPRENDIDO EL CONTENIDO DE LAS CLÁUSULAS RELATIVAS AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES Y A INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE QUE FIGURAN EN EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO DE SOLICITUD DE SEGURO.

Fecha Firma

Solicitud de Seguro

MARCAR EN
CASO DE
TRASPASO

Adeslas

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 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.

MEDIANTE LA FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD EL SOLICITANTE DEL SEGURO DECLARA HABER LEÍDO Y COMPRENDIDO EL CONTENIDO DE LAS CLÁUSULAS RELATIVAS AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES Y A INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE QUE FIGURAN EN EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO DE SOLICITUD DE SEGURO.

Fecha Firma

Solicitud de Seguro

MARCAR EN
CASO DE
TRASPASO

Adeslas

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 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.

MEDIANTE LA FIRMA DE LA PRESENTE SOLICITUD EL SOLICITANTE DEL SEGURO DECLARA HABER LEÍDO Y COMPRENDIDO EL CONTENIDO DE LAS CLÁUSULAS RELATIVAS AL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES Y A INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE QUE FIGURAN EN EL REVERSO DE ESTE DOCUMENTO DE SOLICITUD DE SEGURO.

Fecha Firma

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (CONDICIONES NECESARIAS PARA PODER CONTRATAR LA PÓLIZA)

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 asegurador, 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: 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 período 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	Escaparartista
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/reparador 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	Joyer (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