

Nombre del Asegurado: _____

2 Descripción de las Afecciones y/o patologías:

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

Patología 1.

- A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____
- 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: _____

Patología 2.

- A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____
- 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: _____

Patología 3.

- A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____
- 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: _____

Patología 4.

- A. Tipología de la afección o enfermedad declarada: _____ Nombre: _____
- 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: _____

Nombre del Asegurado: _____

3 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 Comisionado para la Defensa del cliente de la Dirección General de Seguros y de Fondos de Pensiones, sito en Paseo de la Castellana 44 de Madrid.