

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  Top  Top Familiar  Top 75mil  Top 200mil  Top 300mil  Dental  Otro: \_\_\_\_\_

**Datos de los Asegurados:**

(Marcar la garantía a contratar)

Garantía Accidentes    Garantía Subsidio

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 partos y reembolsos.

**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](mailto: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 1060/2015, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley 20/2015 de 14 de Julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras. 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 Avda. de Manoteras 32, edificio A de Madrid, teléfono: 917812200 fax: 917 81 22 22, correo electrónico: [atencionalcliente@asefa.es](mailto: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.