

Datos generales



Nº de Póliza

Código

Mediador



**Tomador:**

Nombre / Razón Social: \_\_\_\_\_ N.I.F. / C.I.F.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma:  Catalán  Castellano

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Grupo de Riesgo: \_\_\_\_\_

Domiciliación bancaria: \_\_\_\_\_

Forma de Pago:  Anual  Semestral

**Coberturas:**

- Salario neto:  De 1.501 € a 2.000 €  
 De 2.001 € a 3.000 €

**A la fecha de la firma de la solicitud ¿Tiene alguna patología o proceso en curso y/o ha sido diagnosticado o tratado de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias: Trasplantes de órganos, Tumores malignos, Cardiopatía isquémica, Patología de columna vertebral, Diabetes insulino dependiente, enfermedades congénitas, defectos de nacimiento?**

- Sí  No

**En caso afirmativo, detallar cuales, así como sus complicaciones, consecuencias y secuelas:** \_\_\_\_\_

El abajo firmante declara que las respuestas a las preguntas que se le han hecho son verídicas y que no ha ocultado ningún detalle que pueda influir en la valoración del riesgo, aunque un tercero, por el cual asume la responsabilidad íntegra, haya escrito de su puño y letra las respuestas a las citadas preguntas. Autoriza a los médicos que le han atendido a facilitar a la Entidad Aseguradora todas las informaciones que ella pueda solicitar y que les libera de su secreto profesional. Conviene a someterse a un examen médico en caso de que la Entidad Aseguradora lo considere necesario. El firmante también pone de manifiesto que la Entidad Aseguradora le ha informado que tiene el derecho de rescindir el contrato si no hubiera dicho la verdad o hubiera ocultado alguna circunstancia relacionada con su estado de salud. Ruega al Consejo de Administración de la citada Entidad que le admita como titular de los seguros anteriormente especificados, declarando estar enterado de los Estatutos y acuerdos complementarios de la Entidad, prometiendo darle estricto cumplimiento. Asimismo se autoriza la cesión de los datos a otras Entidades de seguros y/o reaseguros para facilitar la tramitación del reaseguro y de los siniestros exclusivamente con fines estadísticos actuariales o de prevención del fraude.

El Mediador,

El Tomador y/o Asegurado,

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 Mediador,

El Tomador y/o Asegurado,

**(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](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.