reinventando / los seguros

Seguro Colectivo de Salud

Solicitud de Seguro

Datos generales

Delegación - Agencia | Fecha entrada Delegación | Campaña Comercial | Póliza Número

Delegación - Agencia | Ejecutivo Comercial | Programa Comercial

☐ Solicitud de Seguro ☐ Solicitud de Proyecto ☐ Solicitud Modificación Póliza número ☐ Reemplazo de Póliza número ☐ Póliza colectiva ☐ Sí ☐ No

Datos del Tomador

Nombre/Razón Social | Primer Apellido | Segundo Apellido

NIF/CIF | Domicilio | Nº | Piso (otros)

Población | C.P. | Provincia | Nacionalidad

Fecha de nacimiento | Sexo | Lengua de preferencia

Teléfono fijo | Teléfono móvil | Email

Área profesional (sólo para particulares, marque lo que corresponda)

☐ 1. Empleado o profesional por cuenta ajena ☐ 2. Profesional por cuenta propia ☐ 3. Empresario o comerciante ☐ 4. Funcionario público

Canal de cobro

☒ Bancario (obligatorio cumplimentar los datos de cobro bancario)

Datos de cobro bancario

Cód. Entidad | Cód. Oficina | D.C. | Número de cuenta | Banco o Caja

Modalidad de Póliza contratada

☐ Premier
☐ Complet Hospital
☐ Complet ☐ Complet Medic ☐ Complet Clinic
☐ Vip ☐ Vip Plus

☒ 0 5 **% Revalorización de capitales para reembolso de gastos**

Datos de los Asegurados

Altas

Número de asegurados a incluir en el Colectivo _____ (según los Boletines de Adhesión que se adjuntan).

Bajas

Número de asegurados a excluir del Colectivo _____ , que se relacionan a continuación.

Nº Asegurado	Apellidos y nombre del Asegurado a excluir	Fecha de la baja

Firma del Tomador | Firma del Agente

AXA Winterthur Salud, Sociedad Anónima de Seguros Sociedad Unipersonal. Ins. en el R. M. de Barcelona al Folio 213, Tomo 30.537, Hoja nº. B-177.684. Inscripción 165. CIF A28007078.D.G.: Av. Diagonal, 575 - 08029 Barcelona

Condiciones de aceptación

A cumplimentar por AXA Winterthur Salud

☐ Descuento ☐ Recargo ☐ Prima especial ☐ Comisión especial

% % % 1er año % años sucesivos

Fecha final carencia

1. Intervenciones quirúrgicas, hospitalización y pruebas especiales 2. Partos y planificación familiar

Efecto, Duración y Forma de pago

Fecha inicial de efecto (a las 0 horas)

Duración del seguro

☐ Hasta las 0 horas del próximo mes de enero, con prórrogas anuales sucesivas

☐ Temporal hasta

Forma de pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Observaciones

Cláusula de consentimiento y autorización

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que **sus datos se incluirán en ficheros de AXA WINTERTHUR SALUD, S.A. DE SEGUROS** con la finalidad de gestionar su solicitud. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto de la gestión de su solicitud sea necesario, así como a su mediador de seguros. En caso de no facilitar los datos la solicitud no podrá llevarse a cabo.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El solicitante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas anteriores y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA Winterthur Salud, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad. Acepta, asimismo, que AXA Winterthur Salud, pueda solicitar nueva documentación una vez analizado el contenido de la presente Solicitud. **De igual forma el Solicitante declara conocer y aceptar los plazos de carencia que en el apartado indicado se especifican**.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Tomador Firma del Agente

reinventando / los seguros

Seguro de Salud
Boletín de Adhesión

Boletín de adhesión al Seguro Colectivo Cerrado

Datos del Tomador

Razón Social | NIF/CIF | Solicitud alta/Modificación Póliza número

Datos de los Asegurados

Número de personas por las que se solicita la adhesión, incluido Titular: | Fecha efecto alta de Asegurados

Asegurado 1 (Titular de la Agrupación Familiar)

Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

NIF/CIF | Sexo ☐ Varón ☐ Mujer | Lengua de preferencia

Fecha de nacimiento | Profesión/Actividad | Estado Civil

Asegurado 2

Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

NIF/CIF | Sexo ☐ Varón ☐ Mujer | Lengua de preferencia

Fecha de nacimiento | Profesión/Actividad | Estado Civil

Parentesco con el Asegurado 1, Titular de la Agrupación Familiar

Asegurado 3

Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

NIF/CIF | Sexo ☐ Varón ☐ Mujer | Lengua de preferencia

Fecha de nacimiento | Profesión/Actividad | Estado Civil

Parentesco con el Asegurado 1, Titular de la Agrupación Familiar

Asegurado 4

Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

NIF/CIF | Sexo ☐ Varón ☐ Mujer | Lengua de preferencia

Fecha de nacimiento | Profesión/Actividad | Estado Civil

Parentesco con el Asegurado 1, Titular de la Agrupación Familiar

Dirección común a todos los Asegurados

Domicilio (urbanización, polígono, calle) | Nº | Piso (otros)

Población | C.P. | Provincia | Teléfono

Firma del Asegurado 1 | Firma del Asegurado 2 | Firma del Asegurado 3 | Firma del Asegurado 4

AXA Winterthur Salud, Sociedad Anónima de Seguros Sociedad Unipersonal. Ins. en el R. M. de Barcelona al Folio 213, Tomo 30.537, Hoja nº. B-177.684. Inscripción 165. CIF A28007078.D.G.: Av. Diagonal, 575 - 08029 Barcelona

Mod. 220000082

Cuestionario de Salud

Asegurado 1 | **Asegurado 2**

Asegurado 3 | **Asegurado 4**

A cumplimentar por los propios interesados, padre, madre o tutor en menores de edad

	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
1. Indíquenos su peso	Kgs.	Kgs.	Kgs.	Kgs.
2. Indíquenos su estatura	Cms.	Cms.	Cms.	Cms.
3. ¿Conoce las cifras de su tensión arterial?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
3.1 Indicar máxima y mínima				
4. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
5. ¿Padece roncopatías-apneas del sueño, dificultad respiratoria, miopía o algún otro defecto físico, deformidad, incapacidad, amputación o enfermedad adquirida o congénita?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
5.1 Caso de padecer miopía o hipermetropía o astigmatismo, indicar dioptrías del ojo con mayor graduación	diop.	diop.	diop.	diop.
6. ¿Le han practicado en alguna ocasión la prueba para la detección del virus del SIDA?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
6.1 Indicar resultado positivo o negativo	☐ + ☐ -	☐ + ☐ -	☐ + ☐ -	☐ + ☐ -
7. Si es Ud. mujer:				
7.1 ¿Padece o ha padecido alguna vez, hemorragias, quistes, miomas, endometriosis, nódulos mamarios, mastopatía fibroquística o cualquier otro problema ginecológico?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
8. ¿Padece o ha padecido alguna vez, cólicos nefríticos o biliares, embolias, varices, hemorroides o cualquier otro trastorno cardiocirculatorio, hallux valgus (juanetes), tumores, hernias (discal, inguinal, crural, de hiato, etc.) o alguna otra enfermedad que haya requerido tratamiento quirúrgico?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
9. ¿Padece o ha padecido alguna vez leucemia, cardiopatía isquémica (infartos de miocardio o angina de pecho), hipertensión arterial, alteraciones del colesterol o triglicéridos, diabetes o hiperglucemias, alteraciones tiroideas u otra alteración endocrina, hepatitis, úlceras, artrosis, o cualquier otra enfermedad en los últimos cinco años o se halla bajo algún tratamiento médico en la actualidad?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
9.1 Si ha padecido alguna enfermedad, ¿Se halla totalmente recuperado?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
10. ¿Está actualmente bajo tratamiento o siendo estudiado o tiene previsto en la actualidad la conveniencia de hacerse algún tratamiento médico o quirúrgico?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
11. ¿Dispone Ud. actualmente de un seguro privado de salud?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
11.1 ¿Aporta el último recibo?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
11.2 En caso afirmativo, ¿De qué Compañía?	Nº	Nº	Nº	Nº

Si ha contestado afirmativamente a las preguntas 4, 5, 7, 8, 9, y 10, indique a continuación: Número de respuesta, intervenciones practicadas, fecha, secuelas, defectos físicos o incapacidades, enfermedades y estado actual, médico asistente y dirección del mismo, tratamientos médicos y/o comentarios adicionales.

Asegurado 1

Asegurado 2

Asegurado 3

Asegurado 4

Cláusula de consentimiento y autorización

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que **sus datos se incluirán en ficheros de AXA WINTERTHUR SALUD, S.A. DE SEGUROS** con la finalidad de gestionar su solicitud. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto de la gestión de su solicitud sea necesario, así como a su mediador de seguros. En caso de no facilitar los datos la solicitud no podrá llevarse a cabo.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El solicitante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas anteriores y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA Winterthur Salud, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad. Acepta, asimismo, que AXA Winterthur Salud, pueda solicitar nueva documentación una vez analizado el contenido de la presente Solicitud. **De igual forma el Solicitante declara conocer y aceptar los plazos de carencia que en el apartado indicado se especifican**.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado 1 | Firma del Asegurado 2 | Firma del Asegurado 3 | Firma del Asegurado 4