

Solicitud de Seguro - Asistencia Sanitaria

Datos a cumplimentar por Acunsa:

Nº de póliza	Efecto	Referencia	Colaborador	Observaciones
--------------	--------	------------	-------------	---------------

Datos personales del TOMADOR: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Nombre: Apellidos:
 N.I.F.: Sexo: H M
 Domicilio:
 Población: Código Postal: Provincia:
 Teléfono: Teléfono móvil: E- Mail:

ASEGURADOS¹: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Nº de aseg.	Nombre y apellidos	Parentesco ²	N.I.F.	Fecha de nacimiento	Sexo H/M
1		TITULAR			
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Datos bancarios:

Entidad Financiera Calle:
 Población: C.P.: Provincia:

IBAN:

Forma de pago: Anual: Semestral: Trimestral: Mensual

Tipo de pago: Recurrente

El presente formulario es una solicitud de contratación de seguro, reservándose ACUNSA el derecho de aceptarla o rechazarla, total o parcialmente.

Autorizo a ACUNSA a cargar las primas correspondientes a mi seguro de salud y los copagos que correspondan en la cuenta bancaria, arriba indicada, de la que soy titular. Conozco y acepto los términos, incluidos en el presente formulario, referidos al tratamiento de datos de carácter personal.

En a de de

Firma del Tomador.

¹ Los ASEGURADOS son las personas que se solicita queden cubiertas por el seguro. El TOMADOR puede o no estar asegurado, si desea asegurarse debe incluirse como TITULAR del seguro, no siendo necesario que se repitan los datos personales ya aportados en el párrafo anterior.

² Relación familiar con el TITULAR.

Indicaciones para cumplimentar la solicitud y tratamiento de datos de carácter personal:

El presente formulario es una solicitud para ser incluido en el seguro de asistencia sanitaria comercializado por Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros (ACUNSA) que incluye, por una parte, la propia "Solicitud de Seguro", que deberá ser cumplimentada y firmada por el TOMADOR de la póliza, y por otra parte una declaración o "Cuestionario de Salud" que debe ser cumplimentada y firmada para cada persona que se quiera incluir en el seguro o por su representante legal.

En caso de necesitar más Cuestionarios, porque se desea asegurar un mayor número de personas, existen Cuestionarios de Salud individuales que, una vez cumplimentados y firmados por el resto de asegurados, se deben incorporar a la presente Solicitud de Seguro.

EL TOMADOR de la póliza es la persona, física o jurídica, que junto con ACUNSA suscribirá el contrato (póliza de seguro) y que quedará en consecuencia obligado en los términos del mismo.

Acunsa se reserva el derecho de aceptar o rechazar, total o parcialmente, la Solicitud o de proponer limitaciones a la cobertura según los datos declarados por los solicitantes.

Existen una serie de garantías complementarias que cada asegurado puede contratar de forma opcional.

El seguro es anual por años naturales. Existen distintas opciones de fraccionamiento de pago.

Tratamiento de datos de carácter personal:

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de 1.999, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, el solicitante o asegurado declara conocer la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, los cuales han sido recogidos para valorar y delimitar el riesgo, así como para que dé comienzo y se desarrolle la relación contractual, siendo los destinatarios de esta información, ACUNSA, el mediador o mediadores y, en su caso, el Tomador de la Póliza.

Asimismo, el solicitante o asegurado expresamente consiente a las anteriores personas el tratamiento automatizado de dichos datos a los efectos de la suscripción del seguro, así como la cesión total o parcial de esta información a otras Entidades Aseguradoras o colaboradoras con el objeto de facilitar la gestión o tratamiento de posibles siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro y coaseguro.

Para el caso de que como Tomador de la Póliza nos proporcione información sobre otras personas, deberá asegurarse de haber obtenido previamente su permiso. Al facilitarnos datos de otras personas se hace Ud. responsable de que esas personas conocen las condiciones de privacidad de ACUNSA y que cuenta con su permiso.

El solicitante o asegurado, autoriza expresamente la remisión por el ASEGURADOR de sus campañas comerciales o de marketing y de cualquier tipo de documentación informativa de carácter médico-científico o perteneciente a la entidad con la que colabore éste.

El solicitante o asegurado, dispone de un plazo de 30 días para manifestar su negativa al tratamiento automatizado de sus datos. En caso de que no se pronuncie a tal efecto dentro de dicho plazo se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal en los términos expuestos.

En todo caso, el solicitante o asegurado queda igualmente informado sobre la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, pudiendo dirigirse por escrito a ACUNSA, Avda. Pío XII, 57, 31008 PAMPLONA, por correo electrónico a la dirección info@acunsa.es o por teléfono al número 900 506 973. En cualquier caso el solicitante o asegurado deberá identificarse suficientemente.

Cuestionario de salud - Asistencia Sanitaria

Datos personales del ASEGURADO (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Nombre: Apellidos:
 N.I.F.: Fecha de nacimiento Sexo: H M
 Domicilio:
 Población: Código Postal: Provincia:
 Teléfono: Teléfono móvil: E-Mail:

Coberturas de póliza solicitadas (Independientes para cada ASEGURADO)

Modalidad de póliza (contratación OBLIGATORIA).

Confort Platino

Seguros complementarios (contratación OPCIONAL)

Seguro de Indemnización Económica por día de ingreso: Tipo A
 Tipo B
 Tipo C

Seguro de Desplazamiento para hospitalización: Tipo único
 Complemento Executive Tipo único

Cuestionario de salud (Debe responder a todas las preguntas aunque tenga historial en la Clínica Universidad de Navarra)

Si contesta **SÍ** a cualquiera de las preguntas, especifique en el cuadro de OBSERVACIONES: Tipo enfermedad, fecha de inicio, tratamiento y estado actual. Si lo considera necesario para una mejor valoración de la patología por parte de nuestros Servicios Médicos puede aportar toda la información médica que tenga relación con las enfermedades/patologías declaradas en este cuestionario.

Peso: kg . Altura: cm.

	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Está valorando la posibilidad, ha sido atendido o tiene prevista o pendiente una consulta, iniciar un tratamiento o alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha sido diagnosticado o padece alguna de las siguientes afecciones?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades respiratorias tipo asma, alergia, EPOC, SAOS u otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades neurológicas o psiquiátricas, tipo epilepsia, migrañas, depresión u otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades cardíacas o vasculares tipo infarto, angina, arritmias, varices, problemas circulatorios u otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades endocrinas o del metabolismo tipo diabetes, alteraciones de tiroides, obesidad u otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades digestivas o hepáticas, tipo trastornos gástricos, intestinales, hernia de hiato, hepatopatías u otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades osteo - articulares o reumáticas tipo hernias discales, artrosis, fracturas u otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades uro-genitales: riñón o vías urinarias, próstata, ovario, mama u otras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Enfermedades de los ojos, oídos, garganta o de la piel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Ha padecido cáncer, tumor, enfermedad de la sangre? ¿ha recibido algún tratamiento complementario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Tiene alguna enfermedad o síntoma distinto de los enumerados? ¿toma alguna medicación de manera habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ¿Goza de plena capacidad para el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Tiene historial en la Clínica Universidad de Navarra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autorizo a Acunsa a consultar mi historial clínico en la Clínica Universidad de Navarra como complemento a la información del presente cuestionario de salud. He leído y acepto las condiciones detalladas al DORSO del presente Cuestionario.

En a de de

Firma del Solicitante o Representante Legal

Fdo.: D. / Dña. N.I.F. nº:

Cláusulas de aplicación al Cuestionario de Salud y tratamiento de datos de carácter personal:

VERACIDAD: El firmante del presente Cuestionario de Salud declara que lo ha cumplimentado de forma exacta y completa, sin ningún tipo de omisión o reserva. En caso de reserva o inexactitud en el Cuestionario, o la información médica anexa presentada como complemento del mismo, se perderá el derecho a las prestaciones garantizadas por la póliza, reservándose ACUNSA, de acuerdo con la legislación vigente, el derecho a rescindir la póliza o dar de baja al asegurado en cuestión.

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: El declarante se obliga a comunicar a ACUNSA cualquier novedad en lo referente a su salud desde el momento de cumplimentar el cuestionario hasta la fecha de alta efectiva como asegurado, pudiendo ACUNSA, caso de considerarse necesario, considerarlas para proponer unas nuevas condiciones de contratación.

COBERTURA: Existen una serie de garantías complementarias que cada asegurado puede contratar de forma opcional.

ACUNSA se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de contratación del seguro o de proponer una limitación en la cobertura solicitada. La mención de cualquier enfermedad/patología NO SUPONE su cobertura.

Tratamiento de datos de carácter personal:

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de 1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás normativa aplicable, el solicitante o asegurado declara conocer la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, los cuales han sido recogidos para valorar y delimitar el riesgo, así como para que dé comienzo y se desarrolle la relación contractual, siendo los destinatarios de esta información, ACUNSA, el mediador o mediadores y, en su caso, el Tomador de la Póliza.

Asimismo, el solicitante o asegurado expresamente consiente a las anteriores personas el tratamiento automatizado de dichos datos a los efectos de la suscripción del seguro, así como la cesión total o parcial de esta información a otras Entidades Aseguradoras o colaboradoras con el objeto de facilitar la gestión o tratamiento de posibles siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro y coaseguro.

El solicitante o asegurado, autoriza expresamente la remisión por el ASEGURADOR de sus campañas comerciales o de marketing y de cualquier tipo de documentación informativa de carácter médico-científico o perteneciente a la entidad con la que colabore éste.

El asegurado, dispone de un plazo de 30 días para manifestar su negativa al tratamiento automatizado de sus datos. En caso de que no se pronuncie a tal efecto dentro de dicho plazo se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal en los términos expuestos.

En todo caso, el asegurado queda igualmente informado sobre la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, pudiendo dirigirse por escrito a ACUNSA, Avda. Pío XII, 57, 31008 PAMPLONA, por correo electrónico a la dirección info@acunsa.es o por teléfono al número 900 506 973. En cualquier caso el asegurado deberá identificarse suficientemente.