

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE MÁLAGA

Nombre del Colectivo: _____ N° Póliza: **6 6 6 0 1 0 6 9 8**

Número de Solicitud: _____ N° Certificado: _____

DATOS DE INTERÉS SANITARIO		TITULAR		ASEGURADO 1		ASEGURADO 2		ASEGURADO 3	
Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos	
Peso		Peso		Peso		Peso		Peso	
Estructura		Estructura		Estructura		Estructura		Estructura	
RESPUESTA		RESPUESTA		RESPUESTA		RESPUESTA		RESPUESTA	
OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES	
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha y motivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha y motivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha y motivo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, tratamiento y evolución	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, tratamiento y evolución	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, tratamiento y evolución	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cuál
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consumo o ha consumido estupefacientes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cantidad al día Especifique cantidad al día y tipo de bebidas Especifique tipo de producto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cantidad al día Especifique cantidad al día y tipo de bebidas Especifique tipo de producto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cantidad al día Especifique cantidad al día y tipo de bebidas Especifique tipo de producto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique cantidad al día Especifique cantidad al día y tipo de bebidas Especifique tipo de producto
OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES	
<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado	

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a ADESLAS para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facilitadores Intervinientes. ADESLAS podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexistencia de declarar al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, ADESLAS queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria parametrizada en el Contrato de Seguro, el Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados por ADESLAS, así como a que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales, así como a las entidades con las que mantenga relaciones de cespago, reaseguro o de colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento del seguro, y para atender los siniestros que acontezcan a lo largo de la vigencia de la póliza, autorizando a ello a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste.

Asimismo el tomador y el asegurado autorizan a ADESLAS para el tratamiento de sus datos personales, excluidos los relativos a su salud, aun después de finalizada la relación contractual, con la finalidad de remitirles información por correo postal o por cualquier otro medio, sobre los productos y servicios comercializados por ADESLAS. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de COMPANIA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. calle Príncipe de Vergara, 110 de Madrid. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de COMPANIA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. calle Príncipe de Vergara, 110 de Madrid. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivos las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Cia. de Seguros Adesias, S.A. Príncipe de Vergara, 110 - 28002 Madrid - inscrita en el R. M. de Madrid. Tomo 50 Grad. del Libro de Sociedades, folio 1, hoja M 968. C.I.F. A-40001430.

DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales han sido incorporados a un fichero titularidad de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN, con dirección en Av. José Ortega y Gasset. 124. 1ª Oficina 24 29006 Málaga.- España, con la finalidad de mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento, así como para la gestión de la contratación de pólizas de seguros y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan. También utilizaremos sus datos para remitirle información y publicidad sobre productos relacionados con la actividad aseguradora que puedan ser de su interés. Salvo que a continuación nos indique lo contrario. No autorizo el envío de comunicaciones comerciales por parte de Moisés Núñez de Bien Corredor de Seguros.

Le informamos que sus datos serán cedidos a las entidades aseguradoras intervinientes en los procedimientos de contratación para el normal desenvolvimiento del servicio contratado al objeto de garantizar la cobertura total de la póliza correspondiente.

Asimismo, le informamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación de sus datos personales y oposición al tratamiento de los mismos, mediante comunicación dirigida a la dirección indicada.

INFORMACIÓN PREVIA AL CLIENTE ANTES DE LA CELEBRACIÓN DE UN CONTRATO DE SEGURO

El tomador, solicitante y/o asegurado, abajo firmante, reconoce haber recibido en esta fecha y antes de la celebración del contrato de seguro solicitado, toda la información recogida en los artículos 42 al 46 de la Ley 26/2006, del 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, y que, de modo ejemplificativo y no limitativo, a continuación detallamos:

a) El Corredor de Seguros de la presente póliza es D/Dª NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, con DNI/CIF: 28588113-X, residente y domiciliado en España, Av. José Ortega y Gasset.124.1º Oficina 24. Teléfono: 952038410, fax: 952038464, correo electrónico: moises@nunezdebien.es

b) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, está inscrito en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos de la JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA ECONOMÍA Y HACIENDA. Con el nº: CS-F44, pudiéndose acceder a él a efectos de que el cliente pueda realizar las comprobaciones oportunas, dirigiéndose a dicho Organismo en Juan Antonio Vizarron. S/N Torre Triana. - 41092, fax: 955064852, teléfono: 955064854 o a la página: www.juntadeandalucia.es/economiayhacienda/.

c) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, no posee participación directa ni indirecta superior al 10% en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora.

d) Ninguna entidad aseguradora o empresa matriz de este tipo de entidades, posee ni directa ni indirectamente, una participación superior al 10% en los derechos de voto o del capital social del Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS.

e) Los clientes y otras partes interesadas del Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, podrán formular sus quejas y reclamaciones derivadas de los servicios prestados tanto en lo referente al asesoramiento en la intermediación de pólizas de seguro como en las obligaciones y derechos derivados de los contratos de seguro en los que haya intervenido el Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, y hayan sido finalmente celebrados a su instancia, en conformidad con el artículo 44 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y reglamento del servicio de atención al cliente de este Corredor de Seguros, es Don Francisco Javier Santamaria Garrido, Avda. Blas Infante. 6. 10º C, 41011 - SEVILLA, y cuyo titular es D/Dña. Don Francisco Javier Santamaria Garrido, correo electrónico: fjsanta-maria@terra.es, teléfono: 954452342 y fax: 954003284. Responsabilidad Civil asegurada bajo póliza 20033434-1 con la compañía HELVETIA SEGUROS. S. A -POOL RC- y capacidad financiera conforme a la ley.

f) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, informa al tomador del seguro, abajo firmante de que el asesoramiento prestado por mí, para prestación, propuesta o realización de todos los trabajos previos a la celebración del contrato de seguro solicitado por parte del mencionado tomador, se efectuará con arreglo al artículo 42.4 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, sobre la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo del riesgo/s presupuesto/s, así como de todas y cada una de las circunstancias y condiciones que por parte del tomador y/o asegurado, se me ha planteado previamente a la contratación del seguro deseado.

El asesoramiento, antes mencionado, se facilitará sobre la base del análisis de un número suficiente de contratos de seguros ofrecidos en el mercado en los riesgos objeto de cobertura, de modo que pueda formular una recomendación, ateniéndome a criterios profesionales, respecto del contrato de seguro, que sería más adecuado a las necesidades del cliente antes mencionado.

Del mismo modo, el tomador es informado que en ciertas ocasiones, para poder cumplir el asesoramiento con arreglo a la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo, se diseñará específicamente el seguro solicitado por parte de este Corredor de Seguros y negociado su contratación con al menos tres Entidades Aseguradoras, que operan en el mercado de los riesgos objeto de cobertura solicitados, todo ello en función de las características o necesidades generales del cliente y fundado en el criterio profesional de este Corredor de Seguros.

A modo de resumen final, este Corredor, basándose en las informaciones facilitadas por el tomador y/o asegurado, dará respuesta a todas y cada una de las exigencias y necesidades que el cliente me plantee en la solicitud de seguro, además de los motivos que justifican cualquier tipo de asesoramiento que pueda dar, sobre un determinado tipo de seguro, y que modularé en función de la complejidad del contrato de seguro propuesto.

A elección del tomador del seguro, toda la información proporcionada en virtud del artículo 42 de la Ley de Mediación se comunica a través de papel, de forma clara y precisa, comprensible para el cliente y en Lengua Española u otra cualquier Lengua acordada por las partes.

El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, dando cumplimiento al artículo 32.2 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, en el riesgo objeto de cobertura, la actividad mediadora la ejerce bajo la dirección de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN.

Esta información ha sido recogida por el corredor de acuerdo con las instrucciones del tomador o asegurado que suscribe, en cumplimiento del art. 42, 5 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, y es necesario para la prestación del servicio.

El Tomador o Asegurado

El Corredor.

Nombre: _____

DNI: _____

En MÁLAGA a _____