



Solicitud de Seguro



ACUNSA Fem
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

DATOS A CUMPLIMENTAR POR ACUNSA:

| Nº DE PÓLIZA | EFECTO | REFERENCIA | COLABORADOR | OBSERVACIONES |
|--------------|--------|------------|-------------|---------------|
| | | | | |

Datos personales del TOMADOR: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

| | | |
|---|-----------------|---|
| Nombre: | Apellidos: | Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| N.I.F.: | Domicilio: | |
| Población: | Código Postal: | Provincia: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | E-mail: |
| Forma de pago: Anual <input type="checkbox"/> | | |
| IBAN: | ES _____ | |
| Tipo de pago: | Recurrente | |

Personas aseguradas¹: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Deberán incluirse el Titular y todas las interesadas que quieran contratar el seguro.

| Número de aseg. | Nombre y apellidos | Parentesco | N.I.F. | Fecha de nacimiento |
|-----------------|--------------------|------------|--------|---------------------|
| 1 | | TITULAR | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TOMADOR

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de 1999, de Protección de Datos de Carácter Personal el titular de esta solicitud de seguro autoriza expresamente a Acunsa el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal y conservación de los mismos en ficheros digitales o físicos, incluso aunque se hubiera extinguido la relación entre las partes, a efectos de la suscripción del seguro, remisión de sus campañas comerciales o de marketing, así como la cesión total o parcial de esta información a otras Entidades aseguradoras o colaboradoras, mediador y al Tomador de la póliza 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, 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 900506973. En cualquier caso el solicitante o asegurado deberá identificarse suficientemente.

¹ Las ASEGURADAS 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.



Cuestionario de Salud

Datos personales de la ASEGURADA: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

| | | |
|------------|-----------------|----------------------|
| Nombre: | Apellidos: | Fecha de nacimiento: |
| N.I.F.: | Domicilio: | |
| Población: | Código Postal: | Provincia: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | E-mail: |

Cuestionario de salud: (DEBE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS)

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.

| | | | | | | |
|--|---|-----------------|-------------|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad oncológica? | | | | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Tipo de cáncer | Edad en la que se diagnosticó la enfermedad | Fecha de inicio | Tratamiento | Estado actual | | |

| | | | | | | |
|---|----------------|---|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 2. ¿Tiene antecedentes familiares (madre/padre, hermana/hermano, tío/tía) que hayan padecido cáncer de mama y/o cáncer de ovario? | | | | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Parentesco | Tipo de cáncer | Edad en la que se diagnosticó la enfermedad | | | | |

He leído y acepto las condiciones detalladas en el presente Cuestionario.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. Srta./Dña.

N.I.F.

Firma del Solicitante o Representante Legal

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.

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 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.