

Solicitud de seguro de Salud

Modalidad a contratar

- **Asistencia Médica (SERSANET)**
 - **Reembolso de gastos médicos**
- (Marcar lo que corresponda)

	PÓLIZA	RAMO	MOD.	REEMPLAZA A	
				PÓLIZA	RAMO

Fecha de efecto	Fecha de vencimiento	Forma de pago	Duración	Fecha firma solicitud	Código productor	Código cobrador

DATOS DEL SOLICITANTE

NIF/CIF	Apellidos, Nombre				
Domicilio					Teléfono
Población	Provincia			Código Postal	
Ocupación	Otro tlf. de contacto		E-mail		
Sexo	Estado Civil	Número de hijos	Fecha de nacimiento		

DOMICILIO DE COBRO

C.E.B. (Banco)	C.A.B. (Agencia)	D.C.	NÚMERO DE CUENTA			

ASEGURADOS

N.º	A) Nombre y Apellidos NOMBRE, APELLIDOS Y PROFESIÓN	Parentesco	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	PRIMA ANUAL
1	A)					
	B) N.I.F.					
2	A)					
	B) N.I.F.					
3	A)					
	B) N.I.F.					
4	A)					
	B) N.I.F.					
5	A)					
	B) N.I.F.					
6	A)					
	B) N.I.F.					

RELLENAR SÓLO PARA LA OPCIÓN "REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS"	OPCIÓN ELEGIDA (con franquicia del 20%) A <input type="checkbox"/> (Consultas, pruebas complementarias y tratamiento) máximo: 30.000 € B <input type="checkbox"/> (Hospitalización e intervención) máximo: 30.000 € C <input type="checkbox"/> (A+B) máximo: 45.000 € Franquicia mínima: 30 €	TOTAL PRIMA BÁSICA DTO. POR. N.º ASEG. % PRIMA NETA ANUAL
---	---	---

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

PARENTESCO	TITULAR <input type="checkbox"/> 1	CÓNYUGE <input type="checkbox"/> 2	HIJOS <input type="checkbox"/> 3
	PADRES <input type="checkbox"/> 4	HERMANOS <input type="checkbox"/> 5	OTROS <input type="checkbox"/> 6
SEXO	VARÓN <input type="checkbox"/> V		HEMBRA <input type="checkbox"/> H
¿PROVIENE DE OTRA ENTIDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo adjunte fotocopia de la póliza y último recibo pagado			

OTRAS PÓLIZAS CON HELVETIA	NÚM.	NÚM.
	NÚM.	NÚM.

PRIMA FRACCIONADA X (S/FORMA DE PAGO) %	
IMPUESTOS O RECARGOS LEGALES	
TOTAL RECIBO	

Firma del solicitante:

Cuestionario de Salud

Caso de surgir cualquier anomalía o aclaración indicar a que número de asegurado, entre los relacionados en la página anterior se refiere.

1. ¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades, defectos, lesiones o alteraciones que se citan a continuación?

Cumplimente todas las casillas con una cruz tanto en sentido positivo como negativo e indique la fecha en que la padeció y el tratamiento que le dio el médico.

	SI	NO	FECHA	Tratamiento	Aseg. N.º
- Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Úlcera estómago/duodeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Hernia de hiato, inguinal, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. Endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. Genitourinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Cólicos renales (Cálculos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Histerectomía (Extirpación del útero y/u ovarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Cólicos biliares, hepáticos y cálculos de vesícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. Huesos/Músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Hernia discal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Lesiones de rodilla y menisco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Embolia/Trombosis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Depresiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Otras enfermedades nerviosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enf. Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enfermedades o defectos oftalmológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
- Enfermedades o defectos de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

2. ¿Padece o ha padecido otras enfermedades, defectos, lesiones o alteraciones físicas o psíquicas no mencionadas anteriormente?

3. ¿Le han supuesto estas enfermedades, defectos, lesiones o alteraciones alguna secuela o limitación en su vida cotidiana? SI NO

¿Cuáles? _____

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y las normas reglamentarias que le sean complementarias, Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros le informa que los datos de carácter personal facilitados en el presente documento (incluidos los de salud si los hubiere) serán incorporados a un fichero de su responsabilidad con la finalidad de gestionar la relación aseguradora.

El titular consiente que los datos derivados de un siniestro comunicado por el mismo o por cualquier otro tercero interesado y que haga referencia a sus propios datos durante el tiempo de cobertura del seguro sean tratados con la finalidad de gestionar dicho siniestro por lo que dichos datos podrán ser cedidos o comunicados a los terceros encargados de tramitar dicho siniestro (peritos, talleres, médicos, abogados, etc.). En este sentido, también podrán ser comunicados a todos aquellos terceros que presten un servicio a Helvetia Seguros que implique necesariamente el acceso a sus datos personales cuando resulte necesario para el mantenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica.

Igualmente sus datos podrán ser comunicados a las Entidades Coaseguradoras y Reaseguradoras en los casos de coaseguros y reaseguros cuando ello resulte necesario para el desarrollo, mantenimiento y control de la relación jurídica.

Sus datos podrían ser comunicados a ficheros comunes en los casos legalmente previstos con la finalidad de prevenir el fraude, facilitar el resarcimiento en caso de siniestro, valorar riesgos y/o localizar vehículos robados o en otros supuestos que usted expresamente consienta. También queda informado y acepta expresamente el titular de la cesión de los datos (incluidos los de salud si los hubiere) a otros ficheros comunes que pudieran existir para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, cuyos responsables son TIREA, SERSANET y ASITUR.

Helvetia Seguros podrá solicitar informes comerciales y de solvencia que completen la información que usted nos ha facilitado.

Le informamos de la posibilidad de hacer uso, para tu tratamiento o cesión a terceros, de los datos de carácter personal de los que resulta titular con la finalidad de realizar encuestas de satisfacción, remitirle comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, ya sea por vía postal o por medios electrónicos, de productos y servicios de Helvetia Seguros, tanto durante la vigencia de la póliza o pólizas que pudiera tener concertadas con Helvetia Seguros como a su término, así como con el objeto de adecuar nuestras comunicaciones a su perfil particular.

La cesión de datos podrá realizarse, con la misma finalidad antes expuesta, a otras empresas del Grupo pertenecientes al sector seguros ubicadas en países que otorguen un nivel de protección equiparable al de la legislación española.

A tal fin se solicita su conformidad y consentimiento a tal tratamiento pudiendo mostrar su negativa en el plazo de treinta días, advirtiéndole que en caso de no pronunciarse se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal en el sentido indicado en el párrafo precedente.

En el supuesto de no querer prestar su consentimiento, puede proceder marcando con una X en el/los recuadro/s inferior/es y entregarlo en cualquiera de nuestras Sucursales.

El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable en cualquier momento para lo que puede dirigirse a cualquiera de nuestras Sucursales.

No autorizo el tratamiento de mis datos de carácter personal para la realización de encuestas, envíos de comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales.

No deseo recibir comunicaciones comerciales por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.) .

Podrá ejercer, también, sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose a cualquiera de nuestras Sucursales.

En caso de incluirse datos de personas físicas distintas del Tomador de la Póliza, éste se compromete a informar previamente a tales personas sobre los extremos señalados con anterioridad.

Deber de información:

A los efectos previstos en el artículo 60 del R.D. Lvo. 6/2004, de 29 de octubre y artículos 104 a 107 del R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre, el Solicitante, de forma expresa, RECONOCE haber sido informado conforme a lo dispuesto en los preceptos citados y haber recibido un ejemplar con la nota informativa prevista en dichos artículos.

En _____ a _____ de _____ de _____

Los Asegurados (1)

(1) Los hijos menores de edad serán representados por sus padres, serán firmantes todos los mayores de edad.

INFORME DEL SERVICIO MÉDICO

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma