

Solicitud de Seguro Alta Especialización Élite

Datos personales del Titular (colegiado/empleado)

Nombre y Apellidos.....

NIF..... Mujer: Hombre: E-Mail.....

Domicilio..... CP.....

Población..... Provincia..... Telf.....

Cta. Bancaria (IBAN).....

Asegurados

Deberán incluirse el Titular y/o todos los familiares que quieran contratar una póliza de Alta Especialización Élite

Titular.....

Familiares

1. Parentesco

2. Parentesco

3. Parentesco

4. Parentesco

5. Parentesco

6. Parentesco

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 expresamente consiente 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.

El titular 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.

En a de de

Firma del Titular

Cuestionario de Salud

Nombre y Apellidos.....

NIF..... Fecha de Nacimiento..... Telf.....

Debe responder a todas las preguntas aunque tenga historial en la Clínica Universidad de Navarra. Si contesta **SI** a cualquiera de las preguntas, especifique en el apartado de **OBSERVACIONES**: Tipo de 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 ¿Tiene Historial en la Clínica Universidad de Navarra? Si No

	Si	No	Observaciones
1. ¿Tiene prevista o pendiente alguna consulta, iniciar un tratamiento o alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad neurológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad cardiaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad oncológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Está en lista de espera o es candidato a cualquier trasplante de órgano o de médula?	<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. Declaro conocer y aceptar expresamente los términos de la póliza a la que solicito contratar.

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 asegurado expresamente consiente 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.

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.

En a de de

Fdo.: NIF.....

Firma del Solicitante o Representante legal