



LA UNIÓN MADRILEÑA
DE SEGUROS, S.A.

SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Nota: Las zonas sombreadas serán cumplimentadas por la Entidad.

Solicitud particular

Solicitud colectiva

Nombre del colectivo: _____

En caso de traspasos, indicar póliza de procedencia: _____

• SOLICITUD Nueva Modificación • Modalidad: _____ • Nº PÓLIZA: _____
• Prima Comercial: _____ € • Impuestos: _____ € • Nº SUBPÓLIZA: _____
• Prima total: _____ € • Derechos Ins.: _____ €

OFICINA:	AGENTE:	EFEECTO:	FORMA PAGO:
-----------------	----------------	-----------------	--------------------

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO:

Nombre _____ Apellidos _____
DNI/NIF _____ Fecha Nacimiento _____ Profesión _____
Estado Civil ____ Domicilio: Vía _____ Dirección _____
Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
Telf.: _____ Móvil: _____ e-mail _____

DOMICILIO DE COBRO (Datos Bancarios).

IBAN	Banco	Oficina	D.C	Nº Cuenta
_____	_____	_____	_____	_____

ASEGURADO 1: (Si el Tomador de la póliza es además asegurado, debe figurar como Asegurado 1)

Nombre _____ Apellidos _____
DNI/NIF _____ Fecha Nacimiento _____ Profesión _____
Estado Civil ____ Parentesco con el tomador _____ ¿Suscribe Suplemento Dental? ____
Prima aplicada _____ ¿Procede de otra Entidad? NO SI
indique cuál: _____

(Para exención de carencias, adjuntar recibo anterior)

ASEGURADO 2:

Nombre _____ Apellidos _____
DNI/NIF _____ Fecha Nacimiento _____ Profesión _____
Estado Civil ____ Parentesco con el tomador _____ ¿Suscribe Suplemento Dental? ____
Prima aplicada _____ ¿Procede de otra Entidad? NO SI
indique cuál: _____

(Para exención de carencias, adjuntar recibo anterior)

ASEGURADO 3:

Nombre _____ Apellidos _____
DNI/NIF _____ Fecha Nacimiento _____ Profesión _____
Estado Civil ____ Parentesco con el tomador _____ ¿Suscribe Suplemento Dental? ____
Prima aplicada _____ ¿Procede de otra Entidad? NO SI
indique cuál: _____

(Para exención de carencias, adjuntar recibo anterior)

ASEGURADO 4:

Nombre _____ Apellidos _____

DNI/NIF _____ Fecha Nacimiento _____ Profesión _____

Estado Civil _____ Parentesco con el tomador _____ ¿Suscribe Suplemento Dental? _____

Prima aplicada _____

¿Procede de otra Entidad? NO SI

indique cuál: _____

(Para exención de carencias, adjuntar recibo anterior)

ASEGURADO 5:

Nombre _____ Apellidos _____

DNI/NIF _____ Fecha Nacimiento _____ Profesión _____

Estado Civil _____ Parentesco con el tomador _____ ¿Suscribe Suplemento Dental? _____

Prima aplicada _____

¿Procede de otra Entidad? NO SI

indique cuál: _____

(Para exención de carencias, adjuntar recibo anterior)

La emisión de la póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por parte de la Compañía.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter Personal, y con la firma de la presente, autoriza a LA UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS, S.A., domiciliado en la C/ Viriato 2, 1º Oficina 13, 28010 de Madrid, para que los datos que nos proporcione usted o su médico, entre los que podrán figurar datos de salud, formen parte de un fichero responsabilidad de esta entidad con la única y exclusiva finalidad de gestionar la prestación del servicio contratado, ya que de lo contrario, LA UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS, S.A., no podrá prestarle el servicio contratado en la póliza.

En este sentido, usted garantiza que cuenta con el consentimiento expreso de todos los terceros que resulten beneficiarios de la póliza por Usted contratada, para realizar la comunicación de sus datos a LA UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS, S.A., entre los que pueden figurar datos de salud necesarios para la correcta prestación del servicio.

Asimismo podremos remitirle información comercial sobre nuestros productos y servicios relativos al ámbito de pólizas de seguros. Si no autoriza el tratamiento de sus datos con esta última finalidad le rogamos nos lo comunique en el plazo de 30 días en la dirección anteriormente indicada.

Por otra parte y a los efectos de la suscripción del seguro, el asegurado consiente expresamente la cesión de datos a otras entidades aseguradoras o colaboradoras con el objeto de facilitar la gestión o tramitación 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.

En el supuesto de que desee ejercitar los derechos que le asisten de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirija una comunicación por escrito a la dirección indicada anteriormente a los referidos efectos, con la referencia "Asegurados" adjuntando copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativos equivalente.

En _____ a _____ de _____ de _____

Nombre y firma del Tomador: _____

El Agente:	Procesado por:
	Nombre:

RESOLUCION DE LA SOLICITUD: Aceptada Rechazada Exclusiones (ver Cuestionario de Salud)



LA UNION MADRILEÑA
DE SEGUROS, S.A.

CUESTIONARIO DE SALUD ASISTENCIA SANITARIA

Nota: Las zonas sombreadas serán cumplimentadas por la Entidad.

• SOLICITUD: Nueva Modificación • Modalidad: _____

Nº PÓLIZA: _____

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO:

Nombre _____ Apellidos _____

DNI/NIF _____ Fecha Nacimiento _____ Estado Civil _____

DATOS DE LOS ASEGURADOS

¿PROCEDE DE OTRA ENTIDAD?

Apellidos/nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Sup. Dental	¿PROCEDE DE OTRA ENTIDAD?	
				SI	NO
1.-		TITULAR			
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					

¿Padece o ha padecido algunas de las enfermedades que se citan a continuación? Indicar Si (S) o NO (N) en todas las casillas

ASEGURADO	1	2	3	4	5	ASEGURADO	1	2	3	4	5	ASEGURADO	1	2	3	4	5
Cardiovascular						• Patologías de la columna						Enfermedades Endocrinas					
• Infarto						• Patologías articulares						• Diabetes					
• Angina Pecho						• Otras						• Tiroides					
• Varices						Enfermedades Neurológicas						• Otras					
• Hipertensión Arterial						• Depresiones						Enfermedades genitourinarias					
• Otras						• Epilepsia						• Enfermedad renal					
Broncopulmonar						• Meningitis						• Patología del útero-ovario					
• Asma / Enfisema						• Parálisis						• Patología mamaria					
• Bronquitis						• Embolia / Trombosis						• Otras					
• Neumonía						• Otras						Otras Patologías					
• Tuberculosis						Aparato Digestivo						• Cáncer / Tumores					
• Otras						• Úlcera Estómago / Duodeno						• Alergias / Intolerancias					
Traumatología						• Hernias						• Enfermedades Dermatológicas					
• Hernia Discal						• Hepatitis / Cirrosis						• Enfermedades Oftalmológicas					
• Reumatismo						• Cólicos / Cálculos						• Enferm. Otorrinolaringológicas					
• Artritis / Artrosis						• Otras						• Otras					

En caso afirmativo, señale la fecha en que padeció y el tratamiento que le dio el médico, especificando la persona a que se refiere indicando el número de orden.

OBSERVACIONES:

PREGUNTA <u>CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS</u>	ASEGURADO					OBSERVACIONES
		1	2	3	4	
Otras enfermedades no mencionadas. ¿Le ha supuesto secuela o limitación en su vida cotidiana? ¿Cuáles?	SI					Especifique la persona a la que se refiere indicando el nº de orden.
	NO					Especifíquelas:
Indique el consumo diario de: tabaco, alcohol, medicamentos, drogas	SI					Indique cuál y nº diario.
	NO					
¿Tiene alguna enfermedad o lesión congénita?	SI					Fecha del diagnóstico y el tratamiento.
	NO					
¿Ha sufrido Vd. algún traumatismo o accidente?	SI					¿Con qué secuelas?
	NO					

SIGUE...

.....CONTINUA	ASEGURADO						
		1	2	3	4		5
¿Le ha sido practicada alguna intervención quirúrgica en el pasado?	SI					Indique fecha, diagnóstico y consecuencias de la misma:	
	NO						
Si es Vd. mujer ¿ha tenido algún embarazo?	SI					¿Cuántos? ¿Cuántos partos?	
	NO					¿Está actualmente embarazada?	
¿Le han recomendado o practicado alguna vez el test de V.I.H.?	SI					Indique fecha y resultado.	
	NO						
¿Ha ido Vd. a un médico en los últimos 6 meses?	SI					¿Por qué motivo?	
	NO						
¿Está pendiente de efectuarse algún estudio diagnóstico o tratamiento concreto?	SI					¿Cuál?	
	NO						
	Asegurado 1		Asegurado 2		Asegurado 3	Asegurado 4	Asegurado 5
Indique peso en Kg.p							
Indique talla en cm.							

El solicitante del seguro declara que las respuestas a este cuestionario de salud, son exactas, que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedente alguno por él conocido, y asume la responsabilidad de las mismas, quedando debidamente impuesto de que constituyen la base para la apreciación del riesgo por el Asegurador.

Así mismo manifiesta que desliga expresamente del secreto profesional a los médicos que le hubieran asistido de sus dolencias y autoriza a los mismos, instituciones médicas y a otras Compañías de Seguros a las que solicite información la emisión de la póliza o para la liquidación de un eventual siniestro.

La Unión Madrileña de Seguros no se hace cargo de la atención sanitaria derivada de patologías anteriores y/o presentes a la contratación, tanto declaradas o no declaradas, ni sus secuelas, complicaciones o evoluciones. El Tomador autoriza expresamente a esta Entidad a solicitar informes a otras Entidades con el fin de asegurar cualquier patología anterior con el fin de definir el riesgo.

La Unión Madrileña de Seguros S.A. podrá resolver la póliza en el plazo de un mes desde que se tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro al cumplimentar el cuestionario (Art. 10 Ley Contrato del Seguro).

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter Personal, y con la firma de la presente, autoriza a LA UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS, S.A., domiciliado en la C/ Viriato 2, 1º Oficina 13, 28010 de Madrid, para que los datos que nos proporcione usted o su médico, entre los que podrán figurar datos de salud, formen parte de un fichero responsabilidad de esta entidad con la única y exclusiva finalidad de gestionar la prestación del servicio contratado, ya que de lo contrario, LA UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS, S.A., no podrá prestarle el servicio contratado en la póliza.

En este sentido, usted garantiza que cuenta con el consentimiento expreso de todos los terceros que resulten beneficiarios de la póliza por Usted contratada, para realizar la comunicación de sus datos a LA UNIÓN MADRILEÑA DE SEGUROS, S.A., entre los que pueden figurar datos de salud necesarios para la correcta prestación del servicio.

Asimismo podremos remitirle información comercial sobre nuestros productos y servicios relativos al ámbito de pólizas de seguros. Si no autoriza el tratamiento de sus datos con esta última finalidad le rogamos nos lo comuniqué en el plazo de 30 días en la dirección anteriormente indicada.

Por otra parte y a los efectos de la suscripción del seguro, el asegurado consiente expresamente la cesión de datos a otras entidades aseguradoras o colaboradoras con el objeto de facilitar la gestión o tramitación 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.

En el supuesto de que desee ejercitar los derechos que le asisten de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirija una comunicación por escrito a la dirección indicada anteriormente a los referidos efectos, con la referencia "Asegurados" adjuntando copia de su Documento Nacional de Identidad o documento identificativos equivalente.

En _____ a _____ de _____ de _____

Nombre y Firma _____

Anotaciones médicas

Informes médicos a aportar para la contratación:

Factores de riesgo de la póliza:

Dirección Médica:	Procesado por:
-------------------	----------------

www.launionmadrilena.es