

Adeslas

Datos del Traspaso - (A CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE TRASPASO) ⁽¹⁾

Datos del Traspaso - (A CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE TRASPASO) ⁽¹⁾

Número de Póliza de procedencia ⁽²⁾ [] [] [] [] [] [] [] [] Número de certificado ⁽²⁾ [] [] [] [] [] [] [] [] ☐ Procede extorno

☐ Baja total de la póliza ☐ Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADOS)

Datos del Tomador

[illegible]

Datos adicionales del Tomador (A cumplimentar SÓLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARIO RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? ☐ Si ☐ No										¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ ☐ Si ☐ No										Cuadro Médico		
Número de Póliza de procedencia										Número de certificado												

Datos a cumplimentar SÓLO SI CONTRATA CUALQUIER PRODUCTO DE LA GAMA: "ADESLAS NEGOCIOS Y EMPRESAS" (Persona Jurídica/CIF).

¿Son los asegurados **TODOS** los empleados del tomador? ⁽⁶⁾ ☐ Sí ☐ No

Datos Asegurados

1) Apellidos y Nombre _____ **NIF/NIE** _____
Domicilio _____ **Código Postal** _____ **Población** _____
Fecha de nacimiento _____ **Profesión** ⁽⁴⁾ [] [] [] **Sexo** ☐ Hombre ☐ Mujer **Parentesco** ⁽⁴⁾ [] [] **Cuadro Médico** [] []
Teléfono _____ **Teléfono móvil** _____ **Correo electrónico** _____
 ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? ☐ Sí ☐ No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ ☐ Sí ☐ No
SÓLO EN TRASPASOS: **Nº de Póliza de procedencia** ⁽³⁾ [] [] [] [] [] [] **Nº de certificado** ⁽³⁾ [] [] [] [] [] []

2) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____
 Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____
 Fecha de nacimiento _____ Profesión ⁽⁴⁾ [] [] [] Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco ⁽⁴⁾ [] [] Cuadro Médico [] []
 Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____
 ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? ☐ Sí ☐ No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ ☐ Sí ☐ No
SÓLO EN TRASPASOS: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ [] [] [] [] [] [] N° de certificado ⁽³⁾ [] [] [] [] [] []

3) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____
 Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____
 Fecha de nacimiento _____ Profesión ⁽⁴⁾ | | | Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco ⁽⁴⁾ | | | Cuadro Médico | | |
 Teléfono _____ Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____
 ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? ☐ Sí ☐ No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ ☐ Sí ☐ No
SÓLO EN TRASPASOS: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ | | | | | N° de certificado ⁽³⁾ | | | | |

PRODUCTO	OBSERVACIONES
----------	---------------

Complementos adicionales por asegurado

Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3

Resolución Solicitud: ☐ ACEPTADA ☐ RECHAZADA ☐ EXCLUSIONES (1), (2), (3), (4), (5) y (6) Ver instrucciones de cumplimentación en el reverso.

☐ Declaro que la Aseguradora ha puesto a mi disposición el documento de información del producto (IPID) que figura en la presente solicitud y la nota informativa del mismo con carácter previo a la posible contratación del seguro que se solicita.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros. FINALIDAD Mantenimiento de la relación contractual. Ponernos en contacto con usted para informarle sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para el desarrollo de esta finalidad sus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado / segmentación que permitan que los productos o servicios que podamos ofrecerle se ajusten lo máximo posible a sus intereses y necesidades. Si no desea que nos pongamos en contacto con usted con esta finalidad puede indicarlo marcando la casilla que encontrará a continuación. ☐ No deseo que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros. LEGITIMACIÓN Para la gestión del contrato de seguro: ejecución de un contrato. Para informar sobre productos o servicios de SegurCaixa Adeslas: interés legítimo del responsable.	DESTINATARIOS No se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal. No obstante, caso de que preste su <u>consentimiento</u> mediante la marcación de la casilla que encontrará a continuación, sus datos podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. y a las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad de que puedan ponerse en contacto con usted para informarle sobre sus productos o servicios. DERECHOS Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. INFORMACIÓN ADICIONAL Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en las Condiciones Generales de las pólizas de seguro y/o en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.
---	---

Consiente que sus datos personales sean comunicados a CaixaBank, S.A. y a las empresas del Grupo “la Caixa” con la finalidad de que puedan ponerse en contacto con usted para informarle sobre sus productos o servicios. ☐ SI ☐ NO

Fecha _____ Firma _____

Fecha _____ Firma _____

Copia para la Compañía.