

COLECTIVO al que pertenece: (NOMBRE)

CSIF

DATOS A CUMPLIMENTAR POR ACUNSA:

N.º de Póliza	Efecto	Referencia	Colaborador	Observaciones

Datos personales del TOMADOR: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Nombre y apellidos:		Sexo	H	M
N.I.F.:	Domicilio:			
Población:	Código Postal:	Provincia:		
Teléfono:	E-mail:			

Datos bancarios:

Forma de pago	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
IBAN	ES			
Tipo de pago	Recurrente			

Personas aseguradas: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Deberán incluirse el Titular¹ y todas las personas interesadas que quieran contratar el seguro.

N.º	Nombre y apellidos	Parentesco ²	N.I.F.	Fec. Nacimiento	Sexo (H/M)
1		TITULAR			
2					
3					
4					

El presente formulario es una solicitud de contratación de seguro, reservándose ACUNSA el derecho de aceptarla o rechazarla, total o parcialmente.

Autorizo a ACUNSA a cargar las primas correspondientes a esta póliza en la cuenta bancaria, arriba indicada, de la que soy titular.

Información básica sobre Protección de Datos:

RESPONSABLE. Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA)

FINALIDAD. Gestionar y administrar la póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria.

LEGITIMACIÓN. Consentimiento expreso, según lo establecido en la normativa vigente relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIOS. Entidad Aseguradora con el objeto de facilitar la gestión o tratamiento de la solicitud de seguro.

DERECHOS. Acceder, rectificar y portar los datos, limitar u oponerse al tratamiento, y retirar el consentimiento prestado, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL. Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: www.acunsa.es/rgpd

La aceptación de esta cláusula sobre el tratamiento de datos de carácter personal es imprescindible para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El Tomador garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

Firmo el documento que he leído y acepto en su integridad, manifestando mi consentimiento inequívoco y expreso.

Firma del Tomador:

DNI:

Fecha:

¹ El TOMADOR puede o no estar asegurado, en caso de que el Tomador se asegure debe incluirse como Titular del Seguro.
De asegurarse varias familias deberán agruparse por unidad familiar y establecer un titular por cada una de ellas.

² Relación con el TITULAR.

Datos personales del ASEGURADO: Independientes para cada Asegurado.

N.º Póliza

Nombre y apellidos:

Sexo H M

Fec. Nacimiento: / /

Domicilio:

Población:

Código Postal:

Provincia:

N.I.F.:

Teléfono:

E-mail:

Complementos de contratación voluntaria (contratación opcional)

Seguro de Indemnización Económica ☐

Complemento Plusalud ☐

Test Executive ☐

Cuestionario de Salud: Debe responder a todas las preguntas aunque tenga historial en Clínica Universidad de Navarra.

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.

Peso

kg

Altura

cm

SÍ NO

OBSERVACIONES

1. ¿Está valorando la posibilidad o tiene pendiente una consulta para un diagnóstico, tratamiento o alguna intervención quirúrgica?

2. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad neurológica?

3. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad cardíaca?

4. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad oncológica?

5. ¿Se ha realizado alguna prueba de predisposición genética?

6. ¿Está en lista de espera o es candidato a cualquier trasplante de órgano o de médula?

7. ¿Tiene historial en Clínica Universidad de Navarra?

- En caso de tener historial, ¿autoriza a ACUNSA a consultar su historial médico en CUN como complemento a la información del presente cuestionario de salud?

Información básica sobre Protección de Datos:

RESPONSABLE. Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA)

FINALIDAD. Valorar y delimitar el riesgo, estableciendo en su caso las condiciones médicas de aceptación de cada SOLICITANTE, gestionar y administrar la póliza, así como la obtención y/o acceso al historial clínico de cada solicitante.

LEGITIMACIÓN. Consentimiento expreso, la ejecución del contrato y el cumplimiento de obligaciones legales, según lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIOS. La Entidad Aseguradora, con la misma finalidad de gestionar la póliza, podrá ceder total o parcialmente los datos personales facilitados a: El Tomador, Mediadores, otras entidades colaboradoras en la prestación de servicios, así como por razones de reaseguro y coaseguro, organismos públicos y Autoridades.

DERECHOS. Acceder, rectificar y portar los datos, limitar u oponerse al tratamiento, y retirar el consentimiento prestado, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL. Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web:

www.acunsa.es/rgpd

La aceptación de esta cláusula sobre el tratamiento de datos de carácter personal es imprescindible para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El solicitante garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

Firmo el documento que he leído y acepto en su integridad, manifestando mi consentimiento inequívoco y expreso.

Firma del Solicitante* o Representante Legal:

DNI:

Fecha:

* En caso de ser menor de 18 años, este documento deberá ser firmado por la madre, padre, tutor o representante legal.