

Nº Póliza / Familia	
Fecha de adhesión	

**SEGURO COLECTIVO DE MEDISALUD – MEDIGEST - BOLETÍN DE ADHESIÓN**

	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
Nombre				
Apellidos				
Sexo				
Estado Civil				
Fecha de nacimiento				
N.I.F.				
Profesión				
Domicilio Particular	Domicilio:		Localidad:	
	Provincia:		Cód. Postal:	
Cobro de Recibos y/o pago de la prestación	Tel. Particular:		Tel. Trabajo:	
	Entidad Bancaria:		C.C.C.:	
	Titular de la cuenta:			

**CUESTIONARIO DE SALUD**

Cuestionario a cumplimentar por cada uno de los candidatos mayores de edad. Para incluir a los menores de edad, deberá cumplimentar y firmar el Asegurado Titular.

	Asegurado Titular	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
Peso (en Kgs.) .....				
Estatura (en Cms.).....				

C O N T E S T A R " S I " O " N O "

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o está en tratamiento médico?
- ¿Ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente/tratado en un centro sanitario?
- ¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas (en caso afirmativo indicar Compañía, garantías aseguradas y si va a continuar en vigor).
- ¿Se encuentra en estado de gestación? En caso afirmativo, indique de cuantas semanas
- ¿Se ha sometido a algún estudio de esterilidad o intervención quirúrgica contraceptiva (vasectomía, ligadura de trompas, etc.) ?

Amplíe información sobre las preguntas contestadas afirmativamente (evolución, fechas, situación actual, tratamiento médico, etc.).....

El abajo firmante autoriza el tratamiento automatizado de los datos suministrados voluntariamente para la contratación del seguro, la grabación de las llamadas telefónicas efectuadas al Servicio Telefónico de MAPFRE Caja Salud y la actualización de sus datos para el cumplimiento del propio contrato, realizar estudios estadísticos y análisis de siniestralidad, realizar la prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, remitirle información sobre nuestros productos y servicios y de los de las distintas entidades del Sistema MAPFRE ([www.mapfre.com](http://www.mapfre.com)), tramitar las consultas que plantee y gestionar otras solicitudes o contratos de seguro de cualquiera de las entidades del Sistema MAPFRE.

Acepta expresamente a que tales datos sean cedidos exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades del Sistema MAPFRE, a los Centros Médicos Propios, así como a otras sociedades con las que las entidades del Sistema MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, respetando en todo caso la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El fichero creado está ubicado en el Paseo de Recoletos nº 29 (28004), Madrid, bajo la supervisión y control de MAPFRE Caja Salud, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal mediante comunicación escrita a la anterior dirección.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador, éste deberá con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO CAREZCA DE NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJEROS, SE COMPROMETE A APORTARLO A MAPFRE CAJA SALUD, S.A. UNA VEZ LO TENGA EN SU PODER.

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma del Asegurado Titular

**GARANTÍAS:**  
 Gastos Médicos Completos  Garantía Bucodental  Gran Cobertura

NOTAS			
SOBREPRIMAS	Profesión	Enfermedad	Forma de pago: TRIMESTRAL
			Control Contratación