

NUEVA POLIZA

 MODIFICACIÓN DE DATOS
(Indique Póliza/Certificado. Cumplimente sólo los campos a modificar)
 BAJA

Nº de Solicitud Nº de Póliza Nº de Certificado
7204

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL EMPLEADO/ PENSIONISTA | | Nº Empleado: | | DNI: | | | | | | | | | |
| TITULAR | Apellidos | | Nombre | | Sexo | Fecha de Nacimiento | Provincia de Nacimiento | N.I.F. | | | | | |
| | Estado Civil | | Profesión | | Correo Electrónico | | Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA 150.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 200.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 250.000 <small>Especifiquelo</small> | | | | | | |
| | Domicilio de Prestación | | | Localidad | | | Código Postal | Provincia | | | | | |
| | ¿Dispone de alguna otra póliza suscrita con Adeslas? <input type="checkbox"/> SI Indique Nº Póliza: _____ <input type="checkbox"/> NO | | ¿Desea incluir al Titular como beneficiario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Fecha de efecto de la Póliza 1 de _____ de _____ | | Teléfono Particular | | Teléfono Profesional | Teléfono Móvil | | | |
| BENEFICIARIO 1 | Apellidos | | Nombre | | Sexo | Fecha de Nacimiento | Provincia de Nacimiento | N.I.F. | | | | | |
| | Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small> | | Estado Civil | | Profesión | | Correo Electrónico | | Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA 150.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 200.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 250.000 <small>Especifiquelo</small> | | | | |
| BENEFICIARIO 2 | Apellidos | | Nombre | | Sexo | Fecha de Nacimiento | Provincia de Nacimiento | N.I.F. | | | | | |
| | Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small> | | Estado Civil | | Profesión | | Correo Electrónico | | Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA 150.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 200.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 250.000 <small>Especifiquelo</small> | | | | |
| BENEFICIARIO 3 | Apellidos | | Nombre | | Sexo | Fecha de Nacimiento | Provincia de Nacimiento | N.I.F. | | | | | |
| | Parentesco (en relación con el Titular) <small>(Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)</small> | | Estado Civil | | Profesión | | Correo Electrónico | | Producto /Módulo elegido <input type="checkbox"/> COMPLETA <input type="checkbox"/> EXTRA 150.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 200.000 <input type="checkbox"/> EXTRA 250.000 <small>Especifiquelo</small> | | | | |
| INDICAR FORMA DE PAGO: | | <input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL | | <input type="checkbox"/> BIMESTRAL | | <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL | | <input type="checkbox"/> SEMESTRAL | | <input type="checkbox"/> ANUAL | | <input type="checkbox"/> PAGO ÚNICO | |

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ADESLAS se obliga a conservar de forma confidencial los datos facilitados por el Solicitante del Seguro. ADESLAS queda expresamente autorizada para recabar, tratar automatizadamente en un fichero del que es responsable y ceder a entidades colaboradoras, los datos personales del Solicitante y/o Asegurado, con la única finalidad de gestionar la actividad aseguradora de la Entidad. El Solicitante del Seguro y/o Asegurado podrá dirigirse a ADESLAS para consultar dichos datos o para actualizarlos, rectificarlos o cancelarlos, de conformidad con lo establecido en la referida Ley Orgánica.

| | | |
|--|---|---------------|
| Aplicar Carencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Resolución: <input type="checkbox"/> ACEPTADA <input type="checkbox"/> RECHAZADA <input type="checkbox"/> VER EXCLUSIONES Motivo: | Fecha y Firma |
|--|---|---------------|

OBSERVACIONES:

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 30/1995 y artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, se informa al solicitante del seguro que:

- La entidad aseguradora es COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. con domicilio social en la calle del Príncipe de Vergara, 110 de Madrid 28002 sometida al control del Estado Español ejercido a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda.
- La legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.
- Los interesados podrán formular sus reclamaciones relativas al contrato de seguro ante el Servicio de Atención al Cliente de ADESLAS como paso previo a la reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones.
- En todo caso podrán acudir a los juzgados y Tribunales de Justicia.

SOLICITANTE DEL SEGURO

Firma y fecha

Adeslas

AUTORIZACION BANCARIA

| | |
|--|--------------------------|
| Titular de la Cuenta Bancaria: | Nombre del Banco/Caja |
| IBAN | Domicilio de la Sucursal |
| Muy Sres. míos: Con esta fecha he pasado instrucciones a la Compañía de Seguros Adeslas, S.A. para que se sirva pasar al cobro contra mi cuenta en su Banco los recibos de prima del seguro que he contratado con dicha Entidad. Les ruego que atiendan tales operaciones hasta nuevo aviso. Les saluda atentamente, | Población |
| Firma y fecha | Provincia |
| de de | Código Postal |

GUÍA DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

1. Es imprescindible indicar en todas las solicitudes y tramitaciones, el nombre del Empleado/Pensionista, Número de Empleado y DNI
2. Beneficiario serán los beneficiarios del Titular (cónyuge e hijos).
3. Es necesario cumplimentar todos los campos requeridos para el titular y beneficiarios.
4. Importancia de la información recogida en los siguientes apartados de la solicitud:

- **¿Dispones de alguna otra póliza suscrita con Adeslas?**

Indicar NO o SI (en este ultimo caso, junto con el número de Póliza.)

Si alguno de los beneficiarios estuviese dado de alta en una póliza, junto con la solicitud, deberá adjuntar escrito de baja con el mismo efecto que la fecha de alta en la nueva póliza.

- **Fecha de efecto de la póliza.**

Las solicitudes recibidas en Adeslas antes del día 15 del mes en curso, tomarán efecto el día 1 del mes siguiente.

- **Elección de Módulo.**

El titular y los beneficiarios de un mismo certificado tendrán que contratar el mismo Módulo (Adeslas Completa o Adeslas Extra 150.000€, 200.000€, 250.000€).

Datos bancarios.

El titular del certificado tendrá que cumplimentar los datos de autorización bancaria. (Nombre del banco, domicilio y los 20 dígitos de la cuenta bancaria)

5. Acreditación de parentesco.

- **Cónyuges e hijos: Libros de Familia**
- **Parejas de hecho: Certificado del Registro de Parejas de Hecho y Certificado de Empadronamiento, con una convivencia mínima de un año.**

- 6. Será obligatorio el traspaso de toda la unidad familiar.**
- 7. Requisito mínimo de permanencia un año.**