Solicitud de adhesión

Adeslas

Nombre del Colectivo USCA - ABIERTA EXTRA (PAGO CERTIFICADO)

Número de solicitud

Nº Póliza 6 6 6 0 2 4 0 0 2

[X] Alta [ ] Baja [ ] Modificación

Nº Certificado

Delegación

Efecto 0 1 0 1 2 0 2 1

Envío de documentación [ ] Empresa [ ] KAM [ ] Cliente

Clave Mediador 1 Clave Mediador 2

Datos del Titular

Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio: Tipo de Vía Nombre de Vía Número Piso

Código Postal Población

Fecha de nacimiento Estado Civil Sexo [ ] Hombre [ ] Mujer ~~Nº de empleado~~

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

~~¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza? [ ] Si [ ] No~~ ~~¿Solicita Exención de Carencias? [ ] Si [ ] No~~

~~¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza~~

Forma de pago [X] Mensual [ ] Trimestral [ ] Anual [ ] Bimestral [ ] Semestral

IBAN

~~Producto~~ ~~Complementos adicionales~~

Datos Asegurados

Número de Asegurados

1) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población

Fecha de nacimiento Sexo [ ] Hombre [ ] Mujer Parentesco

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza ¿Solicita Exención de Carencias? [ ] Si [ ] No

Producto Complementos adicionales

2) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población

Fecha de nacimiento Sexo [ ] Hombre [ ] Mujer Parentesco

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza ¿Solicita Exención de Carencias? [ ] Si [ ] No

Producto Complementos adicionales

3) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población

Fecha de nacimiento Sexo [ ] Hombre [ ] Mujer Parentesco

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza ¿Solicita Exención de Carencias? [ ] Si [ ] No

Producto Complementos adicionales

OBSERVACIONES

Nombre del afiliado a USCA que da derecho a la p· liza:

Resolución Solicitud: [ ] ACEPTADA [ ] RECHAZADA [ ] EXCLUSIONES

remitir a: adeslasabierta@usca.es

En las Condiciones Generales de la póliza figura un apartado en el que se comunica al tomador/asegurado que sus datos son tratados de forma necesaria para poder contratar y gestionar la póliza.

En la presente solicitud de seguro se comunican las condiciones voluntarias a las que el tomador/asegurado puede oponerse consignándolo así en la solicitud de seguro sin que ello impida, en su caso, la contratación de la póliza. Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales y el de los asegurados incluidos en la presente solicitud para la valoración del riesgo y, en su caso, contratación y posterior gestión del seguro solicitado, a continuación le informamos que, respecto de sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, NIF, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), nuestra Entidad pretende utilizar los mismos para las siguientes finalidades: (i) para la promoción publicitaria y para ofrecerle productos y servicios comercializados por nuestra entidad o por otras entidades colaboradoras y cuya contratación pudiera resultarle de interés, aun en el caso de que la póliza a la que se refiere la presente solicitud no llegue a formalizarse o se extinga por cualquier causa; (ii) para la aplicación de técnicas estadísticas para la elaboración de perfiles y segmentación de datos al objeto de que las comunicaciones comerciales a que se refiere el punto anterior se efectúen con criterios de previa selección; (iii) para comunicarlos a la entidad financiera Caixabank, S.A., con NIF A-08663619 y domicilio en Barcelona (08028), Avenida Diagonal, 621 y a las empresas, entidades o fundaciones del Grupo Fundación Bancaria "la Caixa", cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirle, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora y de la empresa cesionaria anteriormente indicada comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente.

Si no aceptase tal utilización y/o comunicación de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando las casillas que a tal efecto figuran en este documento sin que tal negativa impida la tramitación de esta solicitud de seguro y, en su caso, contratación de la póliza.

En todo caso, Ud. podrá ejercer posteriormente y en cualquier momento, en los términos previstos en la legislación aplicable, los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente a nuestra compañía, mediante solicitud escrita y firmada, acreditando su identidad, dirigida al Responsable de Tramitación de los Derechos ARCO de SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, Paseo de la Castellana, 259 C planta 6ª de Madrid (28046), o frente a cualquiera de las entidades cesionarias antes indicadas.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación, Solvencia y Supervisión de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con NIF.: A-28011864 y domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias: **1.** El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. **2.** El Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. **3.** El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

Conforme a lo indicado anteriormente, marque la/s casilla/s correspondientes si no admite el envío de publicidad y/o la cesión de datos indicada.

☐ No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria.

☐ No acepto la comunicación de mis datos personales a terceras entidades.

Fecha Firma

S.OS.F.60/08