

## Com s'ha d'emplenar la sol·licitud d'alta per a Adeslas Extra de la unitat familiar (cònjuge, parella de fet i fills dependents. No pares)

- A "Dades del titular" s'han d'indicar les dades de l'empleat de CaixaBank.
- A "Dades de l'assegurat" s'han d'indicar les dades del familiar.
- **Per donar-se d'alta a Adeslas Extra, sempre s'ha d'emplenar i enviar la sol·licitud d'adhesió i el qüestionari de salut.**

## Canals per enviar la sol·licitud d'adhesió



**Per correu electrònic:**  
gdirectos@miracle-sca.es



**Per correu ordinari:**  
SegurCaixa Adeslas  
A/A. Dpto. Grandes Clientes  
C/ Arturo Soria, 336  
28033 Madrid

## Com a criteri general de dates d'efecte, s'estableixen les normes següents

Sol·licituds rebudes a Adeslas **de l'1 al 20 del mes (n):**

- Data d'efecte de l'alta: el dia 1 del mes següent (n+1).
- Pots començar a fer servir l'assegurança des de la data d'efecte.

Sol·licituds rebudes a Adeslas **del 21 al 30/31 del mes (n):**

- Data d'efecte de l'alta: el dia 1 del mes n+2.
- Pots començar a fer servir l'assegurança des de la data d'efecte.

# Sol·licitud d'adhesió (amb Qüestionari de salut)

Nom del col·lectiu **Adeslas Extra Familiares de Empleados de Caixabank**

Número de sol·licitud

Nº Pòlissa **6 6 6 0 0 5 0 0 1**

Alta  Baixa  Modificació

Número de certificat

Delegació

Efecte

Enviament de documentació  Empresa  KAM  Client

NIF Mediator 1

NIF Mediator 2

## Dades del titular

Cognoms i nom NIF/NIE

Domicili: Tipus de via Nom de la via Número Pis

Codi postal Població

Data de naixement Estat civil Sexe  Home  Dona Número d'emple

Telèfon Telèfon mòbil Correu electrònic

Vol que el prenedor sigui l'assegurat de la pòlissa?  Sí  No Sol·licita l'exempció de les carències?  Sí  No

Té cap altra pòlissa amb SegurCaixa Adeslas? Número de pòlissa

Forma de pagament  Mensual  Trimestral  Anual  Bimestral  Semestral

IBAN

Producte Complements addicionals

## Dades dels assegurats

Número d'assegurats

1) Cognoms i nom NIF/NIE

Domicili Codi postal Població

Data de naixement Sexe  Home  Dona Parentiu

Telèfon Telèfon mòbil Correu electrònic

Té cap altra pòlissa amb SegurCaixa Adeslas? Nº de pòlissa Sol·licita l'exempció de les carències?  Sí  No

Producte Complements addicionals

2) Cognoms i nom NIF/NIE

Domicili Codi postal Població

Data de naixement Sexe  Home  Dona Parentiu

Telèfon Telèfon mòbil Correu electrònic

Té cap altra pòlissa amb SegurCaixa Adeslas? Nº de pòlissa Sol·licita l'exempció de les carències?  Sí  No

Producte Complements addicionals

3) Cognoms i nom NIF/NIE

Domicili Codi postal Població

Data de naixement Sexe  Home  Dona Parentiu

Telèfon Telèfon mòbil Correu electrònic

Té cap altra pòlissa amb SegurCaixa Adeslas? Nº de pòlissa Sol·licita l'exempció de les carències?  Sí  No

Producte Complements addicionals

## OBSERVACIONS

Resolució sol·licitud:  ACCEPTADA  REFUSADA  EXCLUSIONS

### INFORMACIÓ D'INTERÈS PER AL CLIENT

En compliment del que es disposa a la Llei d'ordenació, solvència i supervisió vigent sobre les entitats asseguradores i reasseguradores, s'informa el sol·licitant que l'entitat asseguradora és SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, amb NIF A-28011864 i domicili social al Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, inscrita en el RM de Madrid, tom 36733, foli 213, full M-658265, i també que la legislació que s'aplica al contracte d'assegurança la contractació del qual s'ha sol·licitat és l'espanyola.

1. Així mateix, se l'informa que, sens perjudici de poder recórrer a la via judicial, el prenedor de l'assegurança, l'assegurat, el beneficiari, els tercers perjudicats o els drethavents corresponents poden presentar queixes i reclamacions contra les pràctiques de l'assegurador que considerin abusives o que lesionin els drets o els interessos reconeguts legalment que es derivin del contracte d'assegurança. Amb aquesta finalitat i d'acord amb allò que es disposa a la legislació vigent sobre aquesta matèria, l'Asseguradora té servei d'atenció al client (SAC), al qual es poden adreçar per presentar les queixes i les reclamacions que tinguin, quan l'oficina o el servei objecte d'aquestes queixes i reclamacions no les hagi resoltes a favor seu.

### INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE LA PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

**RESPONSABLE**  
SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances.

**FINALITAT**  
Manteniment de la relació contractual.

Posar-nos en contacte amb vostè per informar-lo dels productes o els serveis que ofereix SegurCaixa Adeslas que li puguin interessar. Per poder dur a terme aquest objectiu, les seves dades es tracten per aplicar-hi tècniques de perfil·segmentació que permetin que els productes o els serveis que li podem oferir s'ajustin com més millor als seus interessos i les seves necessitats. Si no vol que ens posem en contacte amb vostè amb aquest objectiu, ho pot indicar marcant la casella que trobarà a continuació.

No vull que es posin en contacte amb mi per informar-me dels productes i els serveis que ofereix SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances.

### LEGITIMACIÓ

Per a la gestió del contracte d'assegurança: execució d'un contracte.

Per informar sobre productes o serveis de SegurCaixa Adeslas: interès legítim del responsable.

### DESTINATARI

No se cediran les dades facilitades a tercers, excepte per obligació legal.

Això no obstant, en cas que doni el seu **consentiment** marcant la casella que trobarà a continuació, les seves dades es poden comunicar a CaixaBank, SA i a les empreses del Grup "la Caixa" amb la finalitat que es puguin posar en contacte amb vostè per informar-lo de productes i serveis propis.

### DRETS

Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica en la informació addicional.

### INFORMACIÓ ADDICIONAL

Pot consultar més informació sobre la política de protecció de dades de SegurCaixa Adeslas, inclosa la forma de retirar el consentiment, en les Condicions Generals de la pòlissa i/o a la següent pàgina web: [www.segurcaixaadeslas.es/cal/proteccion-de-datos](http://www.segurcaixaadeslas.es/cal/proteccion-de-datos).

**Consent** que les seves dades personals es comuniquin a CaixaBank, SA i a les empreses del Grup "la Caixa" amb la finalitat que es puguin posar en contacte amb mi per informar-me de productes o serveis propis  SÍ  NO

Data Signatura

## Com emplenar el qüestionari de salut

- És imprescindible emplenar totes les dades i respondre a totes les preguntes per poder fer una correcta valoració del qüestionari de salut.
- Només és necessari emplenar les dades de la persona que desitja assegurar-se
- No oblidi indicar nom, cognoms, pes i alçada a l'espai corresponent situat en la part superior del qüestionari.
- No oblidi indicar la data i que l'empleat signi a l'espai corresponent situat en la part inferior dreta del qüestionari.
- Una vegada signats els documents sol·licitud d'adhesió i qüestionari de salut ha d'enviar junts tots dos documents.

## Canals d'enviament del qüestionari de salut



**Per correu electrònic:**  
gdirectos@miracle-sca.es



**Per correu ordinari:**  
SegurCaixa Adeslas  
A/A. Dpto. Grandes Clientes  
C/ Arturo Soria, 336  
28033 Madrid

# Qüestionari de salut

NO ESCRIVIU A  
LES CASELLES  
OMBREJADES



Nom del col·lectiu **Adeslas Extra Familiares de Empleados de Caixabank**

Número de sol·licitud

Número del certificat

Nº pòlissa **6 6 6 0 0 5 0 0 1**

DADES D'INTERÈS SANITARI	TITULAR		ASSEGURAT 1 (*)		ASSEGURAT 2 (*)		ASSEGURAT 3 (*)				
	Nom i cognoms		Nom i cognoms		Nom i cognoms		Nom i cognoms				
	Pes _____ Alçada _____ Sexe ____ Edat _____		Pes _____ Alçada _____ Sexe ____ Edat _____ Relació amb el titular _____		Pes _____ Alçada _____ Sexe ____ Edat _____ Relació amb el titular _____		Pes _____ Alçada _____ Sexe ____ Edat _____ Relació amb el titular _____				
Nº	PREGUNTA	OBSERVACIONS		OBSERVACIONS		OBSERVACIONS		OBSERVACIONS			
1	Té o ha tingut cap malaltia durant els cinc anys últims?  Li han deixat cap lesió o seqüela les malalties que ha tingut fins ara?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució		
2	L'han operat mai o ha estat ingressat en cap centre hospitalari?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data i el motiu	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data i el motiu	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data i el motiu	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data i el motiu		
3	Quin dia i per quin motiu va anar al metge l'última vegada?	DATA ...../...../.....	Motiu Especifiqui'n l'especialitat i la data de la pròxima consulta	DATA ...../...../.....	Motiu Especifiqui'n l'especialitat i la data de la pròxima consulta	DATA ...../...../.....	Motiu Especifiqui'n l'especialitat i la data de la pròxima consulta	DATA ...../...../.....	Motiu Especifiqui'n l'especialitat i la data de la pròxima consulta		
4	Té o ha tingut cap defecte físic, deformitat, incapacitat o lesió congènita?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quina, la data, el tractament i l'evolució		
5	Ha patit cap traumatisme o accident?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data, el tractament i les seqüeles	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data, el tractament i les seqüeles	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data, el tractament i les seqüeles	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la data, el tractament i les seqüeles		
6	Avui dia, està sota control mèdic o segueix cap mena de tractament?  En funció del que conegui de l'estat de salut que té ara mateix: a) Li consta que abans d'un any s'ha de fer cap estudi o tractament? b) Ha d'ingressar en un hospital durant aquest termini?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quin és	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quin és	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quin és	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui quin és		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui què	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui què	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui què	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui què		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indiqui'n la causa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indiqui'n la causa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indiqui'n la causa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indiqui'n la causa		
7	És o ha estat fumador?  Consumeix o ha consumit begudes alcohòliques de manera habitual?  Consumeix o ha consumit estupefaents?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la quantitat diària	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la quantitat diària	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la quantitat diària	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la quantitat diària		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la classe de begudes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la classe de begudes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la classe de begudes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui'n la classe de begudes		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui la mena de producte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui la mena de producte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui la mena de producte	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifiqui la mena de producte		
(*) En cas que sigui una persona menor d'edat o incapacitada, aquest qüestionari l'ha d'emplenar el representant legal.											
Signatura i data											
Observacions											
		<input type="checkbox"/> Acceptat <input type="checkbox"/> Rebutjat				<input type="checkbox"/> Acceptat <input type="checkbox"/> Rebutjat				<input type="checkbox"/> Acceptat <input type="checkbox"/> Rebutjat	

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN UN SOBRE TANCAT • CONFIDENCIAL

ÉS IMPRESCINDIBLE EMPLENAR TOTES LES DADES DE MANERA LLEGIBLE I SENSE ESMENES

Qui subscriuen, declaren, sota la seva responsabilitat, que les seves respostes a les preguntes formulades són certes i completes, i autoritza expressament SegurCaixa Adeslas perquè faci les comprovacions que consideri necessàries sobre l'origen i l'evolució de les malalties o mals dels quals, si procedeix, es requereixi assistència a l'empareda de la pòlissa. A més, autoritzen la companyia, en cas d'haver patit alguna malaltia, a posar-se en contacte amb els facultatius intervinents.

SegurCaixa Adeslas pot resoldre la pòlissa en el termini d'un mes des que tingui coneixement de la reserva o inexactitud del declarant en emplenar el qüestionari, però aquest dret no es pot fonamentar en el desconeixement per l'asseguradora de dades de la salut de l'assegurat que siguin alienes a les preguntes anteriors. En cas d'haver-hi dol o culpa greu en l'emplenament d'aquest qüestionari, SegurCaixa Adeslas queda, en tot cas, i des d'ara, alliberada de les obligacions que l'assegurança estableix al seu càrrec. (Art. 10 Llei de contracte d'assegurança).

En cas d'haver-hi dol o culpa greu en l'emplenament d'aquest qüestionari, SegurCaixa Adeslas queda, en tot cas, i des d'ara, alliberada de les obligacions que l'assegurança estableix al seu càrrec. (Art. 10 Llei de contracte d'assegurança).

SegurCaixa Adeslas, SA d'Assegurances i Reassegurances, com a responsable del tractament, tractarà les dades personals facilitades per dur a terme la valoració del risc de conformitat amb el previst en la Llei de Contracte d'Assegurança. Les dades facilitades no seran cedides a tercers. Pot consultar més informació sobre la política de protecció de dades de SegurCaixa Adeslas, i especialment sobre com exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i altres drets, a la següent pàgina web: [www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccion-de-datos](http://www.segurcaixaadeslas.es/ca/proteccion-de-datos).