

COLECTIVO AL QUE PERTENECE (nombre):

DATOS A CUMPLIMENTAR POR ACUNSA:

Nº DE PÓLIZA	EFFECTO	REFERENCIA	COLABORADOR	OBSERVACIONES

Datos personales del TOMADOR:

Nombre:	Apellidos:	Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
N.I.F.:	Domicilio:	
Población:	Código Postal:	Provincia:
Teléfono:	E-mail:	

Datos bancarios:

Forma de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
IBAN: ES _____
Tipo de pago: Recurrente

Personas aseguradas¹: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Deberán incluirse el Titular y todos los familiares que quieran contratar una póliza de Alta Especialización.

Número de aseg.	Nombre y apellidos	Parentesco ²	N.I.F.	Fecha de nacimiento	Sexo H/M
1		TITULAR			
2					
3					
4					
5					

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

FINALIDAD. Gestionar y administrar la formalización de 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 suprimir los datos, 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: <http://acunsa.es/RGPD>

Los datos recabados son imprescindibles 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.

Firma del Tomador: _____ DNI: _____ Fecha: _____

1 Los ASEGURADOS son las personas que se solicita queden cubiertas por el seguro. El TOMADOR puede o no estar asegurado, si desea asegurarse debe incluirse como TITULAR del seguro, no siendo necesario que se repitan los datos personales ya aportados en el párrafo anterior.
2 Relación familiar con el TITULAR.

Cuestionario de Salud

Datos personales del ASEGURADO: (Independientes para cada asegurado)

Número de póliza: _____

Nombre y apellidos:		Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:	Domicilio:	
Población:	Código Postal:	Provincia:
N.I.F.:	Teléfono:	E-mail:

SEGUROS COMPLEMENTARIOS (contratación OPCIONAL)

Seguro de Indemnización Económica:	TIPO ÚNICO <input type="checkbox"/>	Seguro de Desplazamiento:	TIPO ÚNICO <input type="checkbox"/>
		PLUSALUD:	TIPO ÚNICO <input type="checkbox"/>
		Complemento Executive:	TIPO ÚNICO <input type="checkbox"/>

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	SI	NO	OBSERVACIONES
1.		¿Tiene previsto o pendiente iniciar un tratamiento o alguna intervención quirúrgica en neurología, cardiología u oncología?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		¿Ha padecido o padece alguna enfermedad neurológica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.		¿Ha padecido o padece alguna enfermedad cardiaca?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		¿Ha padecido o padece alguna enfermedad oncológica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.		¿Está en lista de espera o es candidato a cualquier trasplante de órgano o de médula?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.		¿Tiene historial relacionado con alguna de estas patologías en Clínica Universidad de Navarra?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autorizo a ACUNSA a consultar mi historial clínico en Clínica Universidad de Navarra 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. Evaluación médica para valorar, delimitar el riesgo, gestionar y administrar la formalización de la póliza del 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 y tramitación de la solicitud del seguro.

DERECHOS. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACION ADICIONAL. Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://acunsa.es/RGPD>

Los datos recabados son imprescindibles 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.

Firma del Solicitante o Representante Legal: _____ DNI: _____ Fecha: _____