CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE DENTISTAS

AndalBrok Correduría de Seguros

SOLICITUD DE ADHESIÓN

Nº de Solicitud	Nº de Póliza	Nº de Certificado

❑ NUEVA POLIZA ❑ MODIFICACIÓN DE DATOS ❑ BAJA

(Indique Póliza/Certificado. Cumplimente sólo los campos a modificar)

TITULAR

Apellidos	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.

Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido	Especifíquelo
			☒ COMPLETA	

Domicilio de Prestación	Localidad	Código Postal	Provincia

¿Dispone de alguna otra póliza suscrita con Adeslas?	¿Desea incluir al Titular como beneficiario?	Fecha de efecto de la Póliza	Teléfono Particular	Teléfono Profesional	Teléfono Móvil
❑ SI Indique Nº Póliza: _____ ❑ NO	❑ SI ❑ NO	1 de _____ de _____			

BENEFICIARIO 1

Apellidos	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.

Parentesco (en relación con el Titular) (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)	Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido	Especifíquelo
				☒ COMPLETA	

BENEFICIARIO 2

Apellidos	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.

Parentesco (en relación con el Titular) (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)	Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido	Especifíquelo
				☒ COMPLETA	

BENEFICIARIO 3

Apellidos	Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento	N.I.F.

Parentesco (en relación con el Titular) (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)	Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Producto /Módulo elegido	Especifíquelo
				☒ COMPLETA	

INDICAR FORMA DE PAGO:	☐ MENSUAL	☐ BIMESTRAL	☐ TRIMESTRAL	☐ SEMESTRAL	☐ ANUAL	☐ PAGO ÚNICO

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ADESLAS. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

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:

1. 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.
2. La legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.
3. Los interesados podrán formular sus reclamaciones relativas al contrato de seguro ante el Dpto. 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.
4. En todo caso podrán acudir a los juzgados y Tribunales de Justicia.

SOLICITANTE DEL SEGURO

Firma y fecha

La emisión de la Póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía

Aplicar Carencia	Resolución:	Fecha y Firma
❑ SI ❑ NO	❑ ACEPTADA ❑ RECHAZADA ❑ VER EXCLUSIONES Motivo:	

OBSERVACIONES:

AUTORIZACION BANCARIA

Titular de la Cuenta Bancaria:

Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta

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,

Firma y fecha

..... de .....de .....

Nombre del Banco/Caja

Domicilio de la Sucursal

Población

Provincia	Código Postal

Inscrita en el R.M. de Madrid, Hoja nº M968, Folio 001, Tomo 50 Gral del Libro de Sociedades – C.I.F. A-40001430