



Boletín de adhesión

Rellene y firme este boletín y envíelo a:
Aon C/ Rosario Pino, 14-16 | 28020 Madrid

Si desea cualquier aclaración, puede llamarnos al 902 101 658.

Deseo adherirme al Seguro Colectivo contratado con AXA Vida, S.A., póliza nº 104251, estando conforme con las condiciones de las pólizas.

Opción elegida:

Opción A Opción B Opción C Opción D Opción E Opción F Opción G

Datos del Solicitante

Primer apellido.....
Segundo apellido.....
Nombre.....
Fecha de nacimiento.....
Sexo..... N.I.F.....
Teléfono.....
Domicilio.....
Nº..... Piso..... Puerta..... C.P.....
Localidad.....Provincia.....

A rellenar exclusivamente por los familiares. Soy miembro de la unidad familiar de
D.....
Parentesco.....

Datos del beneficiario/os (Indique nombre y apellidos)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cualquier variación que en adelante sufran estos datos, debe comunicarse a AXA Vida por escrito.

Domiciliación bancaria

Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta

Ruego abonen con cargo a mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados al Cobro por AXA Vida S.A. de Seguros y Reaseguros.



reinventando / los seguros

Cuestionario de salud

Marque con una X donde proceda.

Talla.....cm. Peso.....Kg.

Tensión arterial – Máxima..... Mínima.....

1. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad?
Si No
2. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente? Si No
3. ¿Padece usted alguna enfermedad que le obligue a una asistencia médica? Si No
4. ¿Ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? Si No
5. ¿Tiene usted algún defecto físico, ha sufrido accidentes graves, ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente? Si No

Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2, 3, 4 o 5 completen los siguientes datos:

1. Naturaleza de Padecimiento o lesión:
.....
2. Fecha, duración aproximada y situación actual:
.....
3. Nombre y dirección de los médicos o Institución que le han asistido:
.....

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar su solicitud.** La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la gestión de la misma. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante abajo firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Tomador

Firma del asegurado

El Asegurado certifica haber contestado completa y verídicamente a las preguntas antes citadas. Autoriza a médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la Compañía a darle a ésta las informaciones necesarias para este propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.