

Producto	Fecha Efecto	Nº Solicitud
Salud Básico		

**Solicitante / Tomador**

N.I.F.	Apellidos			Nombre	
Dirección			C.P.	Población	
Teléfono particular		Teléfono profesional		E. Civil	Sexo
					Fecha de Nacimiento
Profesión	Nº de Hijos/as	¿Cómo ha contactado con SEGUROS ATOCHA?			e-mail

**Datos de los Asegurados**

Nº Orden	Apellidos	Nombre	N.I.F.	Relación con titular	Fecha de nacimiento	Sexo (H/M)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

**Datos de cobro**

Domiciliación Bancaria:

Banco o Caja de Ahorros	Entidad	Sucursal	D.C.	Nº Cuenta
Tipo de pago M B T S A	Prima Neta	Impuestos		Total Recibo

**Observaciones**

¿Posee otro seguro con ATOCHA, S.A. DE SEGUROS?:	SI	NO	Indique cual:
¿Tiene Vd. Otro Seguro de asistencia sanitaria con otra Compañía?:	SI	NO	Indique cual:

**INFORMACION SOBRE LA LEY DE PROTECCION DE DATOS**

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 ATOCHA, S.A. DE SEGUROS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre ATOCHA, S.A. DE SEGUROS y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas relacionadas directamente con la actividad aseguradora. 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 ATOCHA, S.A. DE SEGUROS C/ Gran Vía, 45 28013 MADRID. 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 la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización o prestación del servicio y demás fines establecidos en el contrato del seguro.

**INFORMACION SOBRE PROTECCION AL ASEGURADO**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 de la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y del artículo 104 de su reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998, ATOCHA, S.A. DE SEGUROS informa que la legislación aplicable al presente contrato es, además de la mencionada ley y su reglamento, la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, y demás leyes mercantiles y civiles que regulen este tipo de contrato.

Instancias de reclamación: Con carácter general los conflictos se resolverán por los jueces y tribunales competentes. Previamente a acudir a la vía judicial, la Ley contempla otra posibilidad para la resolución de los conflictos: Reclamación por escrito al Departamento de Atención al Cliente de ATOCHA, S.A. DE SEGUROS (Dirección: C/ Gran Vía, 45 28013 MADRID -ESPAÑA-), y/o procedimiento administrativo ante la Dirección General de Seguros, que podrá ejercitarse por quienes estén legitimados para su interposición (tomador, asegurado, beneficiario, tercero perjudicado o derechohabientes de cualquiera de ellos)

El Tomador / Solicitante declara haber leído las cláusulas anteriores, y ACEPTA su contenido.

En ..... a..... de..... de 20.....

El Tomador / Solicitante del Seguro:

(Leído y conforme)

Cuestionario de salud

Tomador: D. \_\_\_\_\_  
N.I.F.: \_\_\_\_\_

Indique con una "x" la respuesta afirmativa en la casilla correspondiente a cada numero de asegurado:	1	2	3	4	5	6	7
Peso							
Altura							
<b>A Antecedentes familiares:</b>							
Cáncer							
HTA ( hipertension)							
Malformaciones congénitas							
Diabetes mellitus							
<b>B Antecedentes personales:</b>							
Enfermedades propias de la infancia(EPI)							
HTA							
Diabetes							
Otras enfermedades							
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?							
Toma alguna medicación("si" Nombre del preparado= )							
¿Ha sufrido alguna vez un traumatismo o accidente?							
<b>C Hábitos:</b>							
Fumador ( > 20 cig. /día)							
Bebe ( > 3 vasos de alcohol/día)							
<b>E Sólo en caso de mujer</b>							
Gestaciones (indique número)							
Abortos (indique número)							
Vivos (indique número)							
¿Está en la actualidad embarazada? ("Si" N° de meses= )							
<b>Anamnesis por aparatos:</b>							
F ¿Ha padecido o padece algún problema respiratorio(tos, falta de aire, bronquitis)?							
G ¿Ha padecido o padece algún problema neurológico (convulsiones, cefalea)?							
H ¿Ha padecido o padece algún problema cardiovascular (infarto, angina, taquicardia, hipertensión arterial, varices...)?							
I ¿Ha padecido o padece algún problema digestivo (úlceras, hemorragia digestiva, hepatitis, cirrosis)?							
J ¿Ha padecido o padece algún problema endocrinológico (obesidad, anorexia, diabetes, bocio)?							
K ¿Ha padecido o padece algún problema urológico (hematuria, cólico renal, molestias o retención urinaria)?							
L ¿Ha padecido o padece algún problema psiquiátrico (depresión, ansiedad, trastornos del carácter)?							
M ¿Ha padecido o padece algún problema en los ojos, nariz, boca u oídos?							
N ¿Ha padecido o padece algún problema en los huesos o articulaciones (reuma, artritis, fracturas)?							
O En caso de tener alguna enfermedad diagnosticada, indíquela y el tratamiento que sigue.							
P ¿es usted portador del virus del SIDA (HIV o VIH)?							

Si ha respondido afirmativamente con una "X" en la casilla a alguna de las preguntas del cuestionario, rogamos nos indique el nº de orden de asegurado, el apartado a que corresponde, la naturaleza del padecimiento o lesión, fecha de inicio y duración, tratamiento o intervención quirúrgica realizada. Indique su estado actual.

El que suscribe declara que las respuestas que anteceden son ciertas y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de todas las personas incluidas en el presente cuestionario. Asimismo, declara que ha sido informado totalmente sobre los servicios que le da derecho la póliza, de la fecha en que puede beneficiarse de ellos, de los lugares, donde serán prestados, de la forma de solicitarlos y utilizarlos, así como de las obligaciones económicas que irán a su cargo.

El que suscribe autoriza a médicos, hospitales, compañías de seguro y otras instituciones o personas a que faciliten a ATOCHA, S.A. DE SEGUROS información sobre su estado de salud, historial médico y clínico y cualquier hospitalización, diagnóstico, tratamiento, enfermedad o dolencia de cualquiera de los solicitantes.

La aseguradora podrá rescindir la póliza del seguro que en su caso se emita si tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar este cuestionario y, si medio dolo o culpa grave del declarante, la aseguradora queda desde ahora liberada de las obligaciones del seguro (art.10 de la ley de contrato de seguro).

El Solicitante declara la veracidad de los datos indicados, en caso contrario, será necesaria la firma de todas las personas.

En....., a.....de.....de 20.....

Solicitante del Seguro:  
(Leído y conforme)