Solicitud de adhesión

Adeslas SegurCaixa

Nombre del Colectivo Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de Madrid

Número de solicitud

Nº Póliza 4428 ADESLAS DENTAL FAMILIA

☐ Alta ☐ Baja ☐ Modificación

Nº Certificado

Delegación

Efecto 01 2017

Envío de documentación ☐ Empresa ☐ KAM ☒ Cliente

Datos del Titular

Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio: Tipo de Vía Nombre de Vía Número Piso

Código Postal Población Provincia

Fecha de nacimiento Estado Civil Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza? ☐ Si ☐ No ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

Forma de pago ☒ Mensual

Cuenta corriente

Datos Asegurados

Número de Asegurados

1) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población Provincia

Fecha de nacimiento Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil Correo electrónico ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

2) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población Provincia

Fecha de nacimiento Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil Correo electrónico ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

3) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población Provincia

Fecha de nacimiento Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer Parentesco

Teléfono

Teléfono móvil Correo electrónico ¿Solicita Exención de Carencias? ☐ Si ☐ No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza

OBSERVACIONES

Resolución Solicitud: ☐ ACEPTADA ☐ RECHAZADA ☐ EXCLUSIONES

Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales incluidos en la presente póliza para la gestión del seguro, salvo que se indique lo contrario en este formulario o en revocación ulterior, Ud. consiente expresamente que sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), puedan ser utilizados por Segurcaixa Adeslas S.A. de Seguros y Reaseguros para las siguientes finalidades: (i) para la promoción publicitaria y para ofrecerle productos y servicios comercializados por nuestra entidad o por otras entidades colaboradoras y cuya contratación pudiera resultarle de interés, aun en el caso de que la póliza se extinga por cualquier causa, y (ii) para la aplicación de técnicas estadísticas para la elaboración de perfiles y segmentación de datos al objeto de que las comunicaciones comerciales a que se refiere el punto anterior se efectúen con criterios de previa selección.

El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente.

Si no aceptase tal utilización de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando la casilla correspondiente de este formulario sin que tal oposición o negativa impida la efectividad de su seguro.

☐ No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria

En todo caso, Ud. podrá ejercer posteriormente y en cualquier momento, en los términos previstos en la legislación aplicable, los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente a nuestra compañía, mediante solicitud escrita y firmada, acreditando su identidad, dirigida a la dirección del domicilio social de cualquiera de estas entidades.

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con NIF.: A-28011864 y domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. **2.** El Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. **3.** El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

Fecha Firma

S.OS.F.60/07 CS