Solicitud de adhesión

NO ESCRIBAS EN LAS CASILLAS SOMBREADAS

Adeslas

Nombre del colectivo: Banco de España. Grupo B. Pensionistas. Póliza 7203

Nº de solicitud: ____ Nº de póliza: 6 6 6 0 0 7 2 0 3

Alta: ☐ Baja: ☐ Modificación: ☐ Nº de certificado: ____

Delegación: ____ Efecto: __ / __ / ____

Clave mediador 1: ____ Clave mediador 2: ____

DATOS DEL TITULAR

Apellidos y nombre: ____ NIF/NIE: ____

Domicilio. Tipo de vía: ____ Nombre de la vía: ____ Número: ____ Piso: ____

Código postal: ____ Población: ____

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ Estado civil: ____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Nº de empleado: ____

Teléfono: ____ Teléfono móvil: ____ Correo electrónico: ____

¿Deseas que el titular sea asegurado de la póliza? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias? Sí: ☑ No: ☐

¿Dispones de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de póliza: ____

Forma de pago Mensual: ☑ Bimestral: ☐ Trimestral: ☐ Semestral: ☐ Anual: ☐

IBAN: ____

Producto: Adeslas Completa + Plus Dental Complementos adicionales: ____

DATOS ASEGURADOS

Nº de asegurados: __

1. Apellidos y nombre: ____ NIF/NIE: ____

Domicilio. Tipo de vía: ____ Nombre de la vía: ____ Número: ____ Piso: ____

Código postal: ____ Población: ____

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco: ____

Teléfono: ____ Teléfono móvil: ____ Correo electrónico: ____

¿Dispones de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de póliza: ____ ¿Solicitas exención de carencias? Sí: ☑ No: ☐

Producto: ____ Complementos adicionales: ____

2. Apellidos y nombre: ____ NIF/NIE: ____

Domicilio. Tipo de vía: ____ Nombre de la vía: ____ Número: ____ Piso: ____

Código postal: ____ Población: ____

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco: ____

Teléfono: ____ Teléfono móvil: ____ Correo electrónico: ____

¿Dispones de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de póliza: ____ ¿Solicitas exención de carencias? Sí: ☑ No: ☐

Producto: ____ Complementos adicionales: ____

3. Apellidos y nombre: ____ NIF/NIE: ____

Domicilio. Tipo de vía: ____ Nombre de la vía: ____ Número: ____ Piso: ____

Código postal: ____ Población: ____

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco: ____

Teléfono: ____ Teléfono móvil: ____ Correo electrónico: ____

¿Dispones de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de póliza: ____ ¿Solicitas exención de carencias? Sí: ☑ No: ☐

Producto: ____ Complementos adicionales: ____

OBSERVACIONES

Resolución solicitud: Aceptada: ☐ Rechazada: ☐ Exclusiones: ☐

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE: en cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación, Solvencia y Supervisión de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, se informa al solicitante de que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con NIF A-28011864 y domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid (España), inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265, y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española. **1.** Asimismo, se le informa de 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 o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro. A tal fin, y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, SegurCaixa Adeslas dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando estas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas. Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, paseo de la Castellana, 259 C, 28046 Madrid. El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes, contado desde la fecha de presentación de la misma. **2.** Asimismo, los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello, deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que este hubiera resuelto o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición. **3.** Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados, en todo caso, podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.
Declaro que la aseguradora ha puesto a mi disposición el documento de información del producto (IPID) que figura en la presente solicitud y la nota informativa del mismo con carácter previo a la posible contratación del seguro que se solicita.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. RESPONSABLE: SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros. **FINALIDAD**: mantener la relación contractual, así como ponernos en contacto contigo para informarte sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de tu interés. Para el desarrollo de esta finalidad tus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado/segmentación que permitan que los productos o servicios que podamos ofrecerte se ajusten lo máximo posible a tus intereses y necesidades. Si no deseas que nos pongamos en contacto contigo con esta finalidad, puedes indicarlo marcando la casilla que encontrarás a continuación.

☐ No deseo que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros.

LEGITIMACIÓN: para la gestión del contrato de seguro: ejecución de un contrato. Para informar sobre productos o servicios de SegurCaixa Adeslas: interés legítimo del responsable. **DESTINATARIOS**: no se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza. No obstante, caso de que prestes tu **consentimiento**, mediante la marcación de la casilla que encontrarás a continuación, tus datos identificativos y de contacto podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto contigo para informarte sobre sus productos o servicios. **DERECHOS**: acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL**: puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

☐ **Consiento** que mis datos personales identificativos y de contacto sean comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto conmigo para informarme sobre sus productos o servicios.

Fecha: __ / __ / ____

Firma: ____

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

S.OS.F.60/14 Edit