SEGUROS DE SALUD
ACUNSA
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

ACUNSA CONFORT

# Solicitud de Seguro

## DATOS A CUMPLIMENTAR POR ACUNSA:

| Nº DE PÓLIZA | EFECTO | REFERENCIA | COLABORADOR | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

## Datos personales del TOMADOR: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Nombre y apellidos: Sexo: H ❑ M ❑

N.I.F.: Domicilio:

Población: Código Postal: Provincia:

Teléfono fijo: Teléfono móvil:

E-mail:

## Datos bancarios:

Forma de pago: Anual ❑ Semestral ❑ Trimestral ❑ Mensual ❑

IBAN: ES__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Tipo de pago: Recurrente

## Personas aseguradas[1]: (CUMPLIMENTAR CON LETRAS MAYÚSCULAS)

Deberán incluirse el Titular y todas las interesadas que quieran contratar el seguro.

| Número de aseg. | Nombre y apellidos | Parentesco[2] | N.I.F. | Fecha de nacimiento | Sexo H/M |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | TITULAR | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

El presente formulario es una solicitud de contratación de seguro, reservándose ACUNSA el derecho de aceptarla o rechazarla, total o parcialmente.

Autorizo a ACUNSA a cargar las primas correspondientes a mi seguro de salud y los copagos que correspondan en la cuenta bancaria, arriba indicada, de la que soy titular.

Firma del Tomador: DNI: Fecha:

1 Los ASEGURADOS son las personas que se solicita queden cubiertas por el seguro. El TOMADOR puede o no estar asegurado, si desea asegurarse debe incluirse como TITULAR del seguro.

2 Relación familiar con el TITULAR.

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra, S.A. de Seguros y Reaseguros
Inscrita en el Registro Mercantil de Navarra. Tomo 271 General. Folios 84 y 104. Hoja nº NA-9.137. Inscripciones 1ª y 2ª.
Inscrita en el Registro del Ministerio de Economía y Hacienda por O.M. de 9-5-57 con el nº C./325 y en el Ministerio de Sanidad y Consumo con el nº 661.
C.I.F. A-50005586

## Indicaciones para cumplimentar la solicitud y tratamiento de datos de carácter personal:

El presente formulario es una solicitud para ser incluido en el seguro de asistencia sanitaria comercializado por Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros (ACUNSA) que incluye, por una parte, la propia "Solicitud de Seguro", que deberá ser cumplimentada y firmada por el TOMADOR de la póliza, y por otra parte una declaración o "Cuestionario de Salud" que debe ser cumplimentada y firmada para cada persona que se quiera incluir en el seguro o por su representante legal.

En caso de necesitar más Cuestionarios, porque se desea asegurar un mayor número de personas, existen Cuestionarios de Salud individuales que, una vez cumplimentados y firmados por el resto de asegurados, se deben incorporar a la presente Solicitud de Seguro.

El TOMADOR de la póliza es la persona, física o jurídica, que junto con ACUNSA suscribirá el contrato (póliza de seguro) y que quedará en consecuencia obligado en los términos del mismo.

Acunsa se reserva el derecho de aceptar o rechazar, total o parcialmente, la Solicitud o de proponer limitaciones a la cobertura según los datos declarados por los solicitantes.

Existen una serie de garantías complementarias que cada asegurado puede contratar de forma opcional.

El seguro es anual por años naturales. Existen distintas opciones de fraccionamiento de pago.

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra, S.A. de Seguros y Reaseguros
Inscrita en el Registro Mercantil de Navarra. Tomo 271 General. Folios 84 y 104. Hoja nº NA-9.137. Inscripciones 1ª y 2ª.
Inscrita en el Registro del Ministerio de Economía y Hacienda por O.M. de 9-5-57 con el nº C/325 y en el Ministerio de Sanidad y Consumo con el nº 661.
C.I.F. A-50005586

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

**RESPONSABLE.** Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA)

**FINALIDAD**. Gestionar y administrar la formalización de la póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria.

**LEGITIMACIÓN.** Consentimiento expreso, según lo establecido en la normativa vigente relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIOS.** Entidad Aseguradora con el objeto de facilitar la gestión o tratamiento de la solicitud de seguro.

**DERECHOS**. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

**INFORMACIÓN ADICIONAL.** Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://acunsa.es/RGPD

Los datos recabados son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El Tomador garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

**Firmo el documento que he leído y acepto en su integridad.**

Firma del Tomador: DNI:

En a de de

SEGUROS DE SALUD
ACUNSA
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

# Cuestionario de Salud

ACUNSA CONFORT

**Datos personales del ASEGURADO:** (Independientes para cada asegurado) **Número de póliza:** _____

| | | |
|---|---|---|
| Nombre y apellidos: | | Sexo: H ❑ M ❑ |
| Fecha de nacimiento: | Domicilio: | |
| Población: | Código Postal: | Provincia: |
| N.I.F.: | Teléfono: | E-mail: |

**SEGUROS COMPLEMENTARIOS** (contratación opcional)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Seguro de Indemnización Económica: | Tipo único ❑ | Seguro de Desplazamiento para hospitalización: | Tipo único ❑ |
| | | Complemento Executive | Tipo único ❑ |

## Cuestionario de salud: (Debe responder a todas las preguntas aunque tenga historial en Clínica Universidad de Navarra)

**Si contesta SÍ a cualquiera de las preguntas,** especifique en el cuadro de OBSERVACIONES: Tipo enfermedad, fecha de inicio, tratamiento y estado actual. Si lo considera necesario para una mejor valoración de la patología por parte de nuestros Servicios Médicos puede aportar toda la información médica que tenga relación con las enfermedades/patologías declaradas en este cuestionario.

| **PESO:** ____ kg **ALTURA:** ____ cm | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| **1.** ¿Está valorando la posibilidad o tiene pendiente una consulta para un diagnóstico/tratamiento o alguna intervención quirúrgica? | ❑ | ❑ | |
| **2.** ¿Ha sido diagnosticado o padece alguna de las siguientes afecciones?: | | | |
| · Enfermedades respiratorias tipo asma, alergia, EPOC, SAOS u otras. | ❑ | ❑ | |
| · Enfermedades neurológicas o psiquiátricas, tipo ACV o ictus, epilepsia, migrañas, depresión u otras. | ❑ | ❑ | |
| · Enfermedades cardíacas o vasculares tipo infarto, angina, arritmias, varices, problemas circulatorios u otras. | ❑ | ❑ | |
| · Enfermedades endocrinas o del metabolismo tipo diabetes, alteraciones de tiroides, obesidad u otras. | ❑ | ❑ | |
| · Enfermedades digestivas o hepáticas, tipo trastornos gástricos, intestinales, hernia de hiato, hepatopatías u otras. | ❑ | ❑ | |
| · Enfermedades osteo - articulares o reumáticas tipo hernias discales, artrosis, fracturas u otras. | ❑ | ❑ | |
| · Enfermedades uro-genitales: riñón o vías urinarias, próstata, ovario, mama u otras. | ❑ | ❑ | |
| · Enfermedades de los ojos, oídos, garganta o de la piel. | ❑ | ❑ | |
| · ¿Tiene alguna enfermedad o síntoma distinto de los enumerados? | ❑ | ❑ | |
| · ¿Toma alguna medicación de manera habitual? | ❑ | ❑ | |
| **3.** ¿Ha sido diagnosticado o padece cáncer, tumor, enfermedad de la sangre? ¿Recibe o ha recibido algún tratamiento complementario? | ❑ | ❑ | |
| **4.** ¿Ha sido reconocida o está en proceso de valoración alguna minusvalía o incapacidad?¿Se encuentra de baja o ha estado de baja un mes seguido? | ❑ | ❑ | |
| **5.** ¿Tiene historial en Clínica Universidad de Navarra? | ❑ | ❑ | |

Autorizo a ACUNSA a consultar mi historial clínico en Clínica Universidad de Navarra como complemento a la información del presente cuestionario de salud.

Firma del Solicitante o Representante Legal: DNI: Fecha:

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra, S.A. de Seguros y Reaseguros
Inscrita en el Registro Mercantil de Navarra. Tomo 271 General. Folios 84 y 104. Hoja nº NA-9.137. Inscripciones 1ª y 2ª.
Inscrita en el Registro del Ministerio de Economía y Hacienda por O.M. de 9-5-57 con el nº C/325 y en el Ministerio de Sanidad y Consumo con el nº 661.
C.I.F. A-50005586

# Cuestionario de Salud



## Cláusulas de aplicación al Cuestionario de Salud y tratamiento de datos de carácter personal:

**VERACIDAD:** El firmante del presente Cuestionario de Salud declara que lo ha cumplimentado de forma exacta y completa, sin ningún tipo de omisión o reserva. En caso de reserva o inexactitud en el Cuestionario, o la información médica anexa presentada como complemento del mismo, se perderá el derecho a las prestaciones garantizadas por la póliza, reservándose ACUNSA, de acuerdo con la legislación vigente, el derecho a rescindir la póliza o dar de baja al asegurado en cuestión.

**ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** El declarante se obliga a comunicar a ACUNSA cualquier novedad en lo referente a su salud desde el momento de cumplimentar el cuestionario hasta la fecha de alta efectiva como asegurado, pudiendo ACUNSA, caso de considerarse necesario, considerarlas para proponer unas nuevas condiciones de contratación.

**COBERTURA:** Existen una serie de garantías complementarias que cada asegurado puede contratar de forma opcional.

ACUNSA se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de contratación del seguro o de proponer una limitación en la cobertura solicitada. La mención de cualquier enfermedad/patología NO SUPONE su cobertura.

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE. Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA)

FINALIDAD. Evaluación médica para valorar, delimitar el riesgo, gestionar y administrar la formalización de la póliza del Seguro de Asistencia Sanitaria.

LEGITIMACIÓN. Consentimiento expreso, según lo establecido en la normativa vigente relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIOS. Entidad Aseguradora con el objeto de facilitar la gestión y tramitación de la solicitud del seguro.

DERECHOS. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACION ADICIONAL. Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: http://acunsa.es/RGPD

Los datos recabados son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El solicitante garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

**Firmo el documento que he leído y acepto en su integridad.**

Firma del Tomador: DNI:

En a de de

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra, S.A. de Seguros y Reaseguros
Inscrita en el Registro Mercantil de Navarra. Tomo 271 General. Folios 84 y 104. Hoja nº NA-9.137. Inscripciones 1ª y 2ª.
Inscrita en el Registro del Ministerio de Economía y Hacienda por O.M. de 9-5-57 con el nº C/325 y en el Ministerio de Sanidad y Consumo con el nº 661.
C.I.F. A-50005586