

UECA SALUD PRIMERA

Número de Póliza: 666018923 Subc. _____

CS Número de solicitud _____ Fecha Efecto _____ N° Certificado _____ Envío de documentación: **U.E.C.A.** Alta Baja Modificación**Datos del Titular**

Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio: Tipo de Vía _____ Nombre de Vía _____ Número _____ Piso _____

Otros Datos Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Fecha de nacimiento _____ Estado Civil _____ Sexo Hombre Mujer

Teléfono _____ Tfnó.móvil _____ Correo electrónico _____

¿Desea que el Titular sea Asegurado nº1 de la Póliza? Sí No ¿Solicita Exención de Carencias? Sí No ¿Quiere contratar ADESLAS DENTAL FAMILIA? Sí No**Datos Asegurados**

Número de Asegurados _____

1) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio: Tipo de Vía _____ Nombre de Vía _____ Número _____ Piso _____

Otros Datos Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Fecha Nacimiento _____ Estado Civil _____ Sexo: Hombre Mujer Parentesco: _____ ¿Solicita Exención de Carencias? Sí No

2) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio: Tipo de Vía _____ Nombre de Vía _____ Número _____ Piso _____

Otros Datos Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Fecha Nacimiento _____ Estado Civil _____ Sexo: Hombre Mujer Parentesco: _____ ¿Solicita Exención de Carencias? Sí No

3) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio: Tipo de Vía _____ Nombre de Vía _____ Número _____ Piso _____

Otros Datos Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Fecha Nacimiento _____ Estado Civil _____ Sexo: Hombre Mujer Parentesco: _____ ¿Solicita Exención de Carencias? Sí No

4) Apellidos y Nombre _____ NIF/NIE _____

Domicilio: Tipo de Vía _____ Nombre de Vía _____ Número _____ Piso _____

Otros Datos Domicilio _____ Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Fecha Nacimiento _____ Estado Civil _____ Sexo: Hombre Mujer Parentesco: _____ ¿Solicita Exención de Carencias? Sí No**OBSERVACIONES**Resolución Solicitud: ACEPTADA RECHAZADA EXCLUSIONES

Origen Comercial UECA: _____

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 U.E.C.A. 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.

DEBER DE INFORMACIÓN AL ASEGURADO. El Tomador del seguro, antes de la celebración de este contrato, ha recibido la siguiente información, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 60 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los seguros privados y en los artículos 104 al 107 de su reglamento:

- El Asegurador de la póliza es UECA., Mutualidad de Previsión Social, establecida en España, con Domicilio Social en Madrid, calle Hortaleza, número 65.
- La Legislación aplicable al contrato de seguro es la española, en particular, la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro.
- El Tomador o el Asegurado pueden, en caso de litigio con el Asegurador, acudir al arbitraje y a los Tribunales Ordinarios de Justicia Españoles, con independencia del derecho a formular las reclamaciones oportunas ante el Departamento de Atención al Mutualista y posteriormente ante el Ministerio de Economía Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL MUTUALISTA. Conforme al Art. 9 de la orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, se le informa que UNION ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES(UECA), dispone de una oficina de Atención y Defensa al Cliente (C/. Hortaleza, nº 65, 28004 Madrid, Teléfono 91 523 82 52, Fax. 91 522 76 08) para atender y resolver las quejas y reclamaciones presentadas por sus asegurados, en el plazo de dos meses, desde su presentación, teniendo derechos el socio mutualista a dirigirse al Ministerio de Economía Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Comisionado para la Defensa del Asegurado, en caso de disconformidad con el pronunciamiento o que el mismo no se haya producido en el referido plazo de dos meses.

Fecha

Firma

EL PRESIDENTE,

EL SECRETARIO,

Cuestionario de salud UECA SALUD PRIMERA

Nombre del Colectivo **UNIÓN ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES (U.E.C.A.)** SOCIO N° _____ N° Certificado _____ Número de Solicitud _____



N° Póliza **666018923** Subc. _____

DATOS DE INTERÉS SANITARIO		ASEGURADO 1		ASEGURADO 2		ASEGURADO 3		ASEGURADO 4	
		Nombre y Apellidos _____ Peso _____ Estatura _____		Nombre y Apellidos _____ Peso _____ Estatura _____		Nombre y Apellidos _____ Peso _____ Estatura _____		Nombre y Apellidos _____ Peso _____ Estatura _____	
Nº	Nº PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consume o ha consumido estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto
		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES	
		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado	

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

IMPRESINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizándole expresamente a Ueca y SanurCaixa Ardeles para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre 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 por UECA, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales,