

**Tomador del seguro** (este apartado lo cumplimenta el Tomador)

Fecha alta asegurado

Nombre Empresa Contratante \_\_\_\_\_

Póliza, Nº **6 2** . \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

**Datos del Asegurado**

NIF/CIF \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo H  M  Teléfono \_\_\_\_\_

Profesión/actividad \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_

Cód Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Beneficiarios**

Para el caso de Fallecimiento :

- El cónyuge del asegurado  Los hijos del asegurado a partes iguales  
 El cónyuge y los hijos del asegurado  Los padres del asegurado a partes iguales  
 Otros: \_\_\_\_\_

En caso de no existir designación expresa de Beneficiarios, acepto lo sean mis legítimos herederos.

**Declaración de actividad / salud**

¿Se encuentra Vd. en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos 5 años enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de 3 semanas consecutivas?

¿Sufre algún tipo de minusvalía o discapacidad?

Sí  No  En caso afirmativo especificar causa \_\_\_\_\_

El Asegurado queda informado que sus declaraciones constituyen la base de su inclusión y, por consiguiente, toda reserva mental, declaración falsa o inexacta que influya en la apreciación del riesgo anulará la cobertura, quedando a favor de la Entidad Aseguradora la prima satisfecha.

Asimismo, el Asegurado declara haber sido previamente informado sobre los derechos y obligaciones que le afectan como tal, según indica el art.122 del Reglament del ROSSEAR (R.D. 1060/2015, de 20 de noviembre), por lo que suscribo el presente boletín de adhesión en señal de conformidad y aceptación.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico, el Asegurado queda informado de que los datos personales, que voluntariamente ha facilitado, son necesarios para gestionar el contrato y serán incorporados en el fichero confidencial, del que es responsable ATLANTIS VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Asimismo, el Asegurado queda informado de que sus datos serán tratados con la finalidad de enviarle, a través de cualquier medio (incluso telefónico, correo electrónico, SMS o medio equivalente) ofertas comerciales, servicios y productos de ATLANTIS VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A, de las empresas del Grupo Crèdit Mutuel-CIC (consultables en www.grupo-acm.es) y de terceras empresas de los sectores asegurador, financiero, gran consumo, ocio, telecomunicaciones, tecnología y automoción con las que la Aseguradora concluya acuerdos de colaboración en beneficio de sus asegurados, salvo en el caso que haya comunicado expresamente su oposición al tratamiento y a la cesión de sus datos con dichos fines comerciales.

En el caso de haber facilitado a la Aseguradora datos de otras personas, el Solicitante se compromete a informar a dichos terceros sobre los extremos que se contienen en la presente cláusula.

Finalmente, el Solicitante queda informado de la posibilidad de ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a la Aseguradora a la dirección postal Carretera de Rubí, número 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallés, o a través de lopd@gacm.es (acreditando debidamente su identidad).

Marque esta casilla si no desea que sus datos sean tratados con fines comerciales.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL ASEGURADO

EL TOMADOR DEL SEGURO

(Firma o sello de la Empresa)

V.20170224

## Declaraciones Previas Sanitarias (a cumplimentar por el asegurado)

Las formula el Asegurado a la Entidad Aseguradora con el fin de que en virtud de las mismas pueda ser tomada en consideración la solicitud de Seguro de Vida sobre su persona, pudiendo ser causa de nulidad de la cobertura cualquier reticencia o inexactitud de las declaraciones que siguen, de conformidad con la Ley 50/1980, de 8 de octubre. Ley que regiría el contrato de llegarse a formalizar mediante póliza.

1. Peso: _____ Kg.                      Estatura: _____ Centímetros
2. ¿Actualmente padece usted algún problema de salud o síntoma de enfermedad (salvo miopía con menos de 9 dioptrías)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique cuáles: _____ _____
3. ¿Tiene alguna minusvalía, discapacidad, secuela derivada de accidente o enfermedad, o se halla en situación de incapacidad laboral o invalidez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la naturaleza: _____ _____
4. En los últimos 5 años, ¿es o ha sido objeto de tratamiento o seguimiento médico regular (excepto procesos gripales)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique las causas y el tratamiento médico: _____ _____
5. ¿Está o ha estado de baja laboral durante más de 3 semanas consecutivas, en los últimos 5 años, por razones de salud (salvo maternidad)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique las causas y los periodos: _____ _____
6. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente (excepto apendicitis, muelas del juicio, amígdalas, vegetaciones o cesárea en caso de mujeres) o internado en un hospital, clínica o centro de salud en los últimos 5 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique la naturaleza: _____ _____
7. En los últimos 5 años, ¿ha seguido control médico por trastornos de ansiedad, depresión, psiquiátrico, psicológico, neurológico o control médico por reumatología debido a fibromialgia o fatiga crónica? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, detállelo: _____ _____
8. ¿Tiene contratados otros seguros de vida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indicar capitales y entidad aseguradora: _____ _____

(Antes de aceptar el seguro, el médico asesor de ATLANTIS Vida, puede solicitar pruebas médicas de ampliación a estas declaraciones sanitarias)

El Asegurado declara ser exactas y sinceras las contestaciones antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, aceptando que ATLANTIS Vida, S.A., se sirva de los facultativos que estime oportunos y realice las investigaciones pertinentes para evaluar el estado de salud de éste.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico, el Asegurado queda informado de que los datos personales, que voluntariamente ha facilitado, son necesarios para gestionar el contrato y serán incorporados en el fichero confidencial, del que es responsable ATLANTIS VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Asimismo, el Asegurado queda informado de que sus datos serán tratados con la finalidad de enviarle, a través de cualquier medio (incluso telefónico, correo electrónico, SMS o medio equivalente) ofertas comerciales, servicios y productos de ATLANTIS VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A, de las empresas del Grupo Crédito Mutuel-CIC (consultables en [www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es)) y de terceras empresas de los sectores asegurador, financiero, gran consumo, ocio, telecomunicaciones, tecnología y automoción con las que la Aseguradora concluya acuerdos de colaboración en beneficio de sus asegurados, salvo en el caso que haya comunicado expresamente su oposición al tratamiento y a la cesión de sus datos con dichos fines comerciales.  
En el caso de haber facilitado a la Aseguradora datos de otras personas, el Asegurado se compromete a informar a dichos terceros sobre los extremos que se contienen en la presente cláusula.

Finalmente, el Asegurado queda informado de la posibilidad de ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a la Aseguradora a la dirección postal Carretera de Rubí, número 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès, o a través de [lopd@gacm.es](mailto:lopd@gacm.es) (acreditando debidamente su identidad).

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Leído y conforme. Firmado: EL ASEGURADO