

**A cumplimentar por la Compañía**

Póliza colectiva nº \_\_\_\_\_ Tomador Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de León Beneficiario El Asegurado

**Datos del Asegurador**

La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A. Registro Mercantil de Barcelona Tomo 34.346, Folio 13, Hoja nº B-13.071 - CIF A-08-169013 - Capital suscrito y desembolsado 2.103.750 Euros - Inscrita en la D.G.S.F.P. con clave C-0279

**Datos del Mediador**

Código 1200436 Nombre SERPE ASOCIADOS DE GALICIA, S.L. Productor \_\_\_\_\_

**Datos del Solicitante/Tomador** (No cumplimentar si Asegurado y Tomador son el mismo, pero SI indicar los datos bancarios IBAN)

Nombre y apellidos o Razón social \_\_\_\_\_ NIF/NIE/CIF \_\_\_\_\_  
Dirección postal (domicilio) \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Teléfono móvil\* \_\_\_\_\_  
Dirección electrónica (e-mail)\* \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

En caso de aceptación de esta Solicitud de Seguro, mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

**Datos del Declarante/Asegurado**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Actividad profesional actual \_\_\_\_\_  
Por cuenta  Propia  Ajena Régimen Seguridad Social  General  Autónomo  Mutualidad  Otros \_\_\_\_\_  
Dirección postal (domicilio) \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Teléfono móvil\* \_\_\_\_\_  
Dirección electrónica (e-mail)\* \_\_\_\_\_  
Empresa (donde desarrolla su actividad profesional) \_\_\_\_\_  
Dirección postal (domicilio empresa) \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

**Póliza a contratar, garantías y sumas aseguradas**

Póliza de seguro a contratar	Cobertura principal	Duración *	Subsidio diario	Franquicia	Prima anual <sup>1</sup>
élite-pm profesional	Enfermedad y accidente	365 días			

\* Período máximo de cobertura 1 Prima orientativa sujeta a valoración de la solicitud de seguro por la Compañía, según las circunstancias declaradas.

**Efecto**

Fecha de alta solicitada en la póliza \_\_\_\_\_

**Cuestionario sobre seguros, antecedentes personales y patológicos.** Si en los últimos 10 años ha padecido alguno de los siguientes procesos, indíquenos cuál y la fecha en que lo padeció.

(Debe responder a todas las preguntas. En caso de ausencia de respuesta se entenderá que no ha padecido antecedentes, asumiendo el declarante las consecuencias jurídicas que de ello se deriven)

- ¿Tiene contratado o ha solicitado otro seguro de salud?  Sí  No - Seguro de incapacidad temporal  Sí  No Compañía \_\_\_\_\_ Importe asegurado \_\_\_\_\_  
- Seguro de asistencia sanitaria?  Sí  No Compañía \_\_\_\_\_
- 1 - Fuma  Sí  No - Cantidad diaria \_\_\_\_\_ 2- Estatura \_\_\_\_\_ cms. 3- Peso \_\_\_\_\_ Kg 4- ¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No - Cantidad diaria \_\_\_\_\_
- 5- ¿Ha estado de baja laboral por enfermedad o lesión corporal por un tiempo superior a 15 días consecutivos?  Sí  No - Indicar motivo, descripción de la enfermedad/lesiones y fecha de ocurrencia \_\_\_\_\_
- 6- ¿Tiene alguna limitación física, psíquica o funcional congénita o como consecuencia de enfermedad o accidente o tiene reconocido algún grado de minusvalía o invalidez?  Sí  No - Indicar tipo de limitación, enfermedad o accidente y fecha de ocurrencia \_\_\_\_\_
- 7- ¿Ha sido sometido a pruebas de diagnóstico tales como RMN, TAC, RX, ecáner, ecografía, mamografía, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, endoscopias, coronariografías, análisis, biopsias, etc.?  Sí  No - Indicar tipo de prueba, fecha y motivo de su realización \_\_\_\_\_
- 8- ¿Ha padecido o padece alguno de los siguientes procesos o enfermedades?: Del aparato digestivo e hígado, cardíacas o del aparato circulatorio, respiratorias, del sistema nervioso, endocrinas, alteraciones de la sangre y sistema linfático, infecciosas, V.I.H., genitourinarias, psíquicas, oculares, de la piel, de boca, nariz y oído, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, afecciones de espalda y/o columna vertebral, cáncer y/o tumores.  Sí  No - Indicar fecha de ocurrencia \_\_\_\_\_
- 9- ¿Ha presentado en el último año, náuseas, vómitos, mareos, vértigos, desvanecimientos, síncope, convulsiones, pérdida de peso, cansancio, hemorragias?  Sí  No - Indicar fecha de ocurrencia y motivo \_\_\_\_\_
- 10- ¿Ha padecido algún accidente, lesiones y/o procesos óseos, musculares, articulares, ligamentosos, tendinosos, reumáticas? ¿Han quedado secuelas?  Sí  No - Indicar fecha de ocurrencia y secuelas \_\_\_\_\_
- 11- ¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a: alguna intervención quirúrgica, tratamiento rehabilitador y/o fisioterapia?  Sí  No - Indicar fecha de ocurrencia y motivo \_\_\_\_\_
- 12- ¿Se encuentra actualmente de baja laboral o bajo control médico, valoración o tratamiento médico y/o en espera de la realización u obtención de resultados de pruebas diagnósticas?  Sí  No - Indicar fecha de ocurrencia y motivo \_\_\_\_\_

Información Básica sobre Protección de Datos. RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS: LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. (LPM). FINALIDAD: gestionar el trámite de su solicitud de suscripción del seguro. LEGITIMACIÓN: la aplicación de medidas precontractuales en relación al contrato de seguro, interés legítimo para la prevención del fraude en la selección del riesgo y el cumplimiento de obligaciones legales. DESTINATARIOS: los profesionales que presten sus servicios para LPM con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el futuro contrato de seguro. DERECHOS: puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, limitación y/u oposición al tratamiento ante el Servicio de Atención al Cliente, a través de las direcciones postal y electrónica abajo indicadas de la Aseguradora. PLAZO DE CONSERVACIÓN: sus datos serán conservados por LPM durante el plazo de prescripción legal de 5 años. Puede consultar la INFORMACIÓN ADICIONAL y detallada sobre Protección de Datos en [www.previsionmallorquina.com/proteccion-datos](http://www.previsionmallorquina.com/proteccion-datos).

En caso de ser aceptada por la Aseguradora la presente Solicitud de Seguro el contrato se registrará por la legislación española, concretamente por la Ley de Contrato de Seguro, Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por las demás disposiciones que las modifiquen o le sean de legal aplicación. El control de la actividad del Asegurador le corresponde a España a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), dependiente del Ministerio de Economía. La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) con dirección postal en 08036 BARCELONA, c/Aribau, 168-170, Entlo. 1ª, y electrónica [sac@previsionmallorquina.com](mailto:sac@previsionmallorquina.com) para atender las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de 1 mes derivadas de la actuación de la propia Aseguradora o de sus agentes de seguros y operadores de banca seguros conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO/734/2004. Transcurrido dicho plazo sin respuesta o disconformidad con la misma, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la DGSFP en 28046 MADRID, Pº de la Castellana, 44. En todas las oficinas de la Aseguradora se encuentra disponible el Reglamento del SAC. En todo caso, el cliente puede acudir a la justicia ordinaria o a un órgano arbitral aceptado por las partes. El solicitante y/o la persona que se desea asegurar manifiestan que han sido informados de las coberturas, límites y exclusiones del seguro y que las declaraciones contenidas en esta Solicitud-Cuestionario, que ha de servir de base para la valoración del riesgo, son EXACTAS y VERACES y conocen que su omisión o falta de veracidad puede dar lugar a la pérdida de la prestación y a la rescisión del contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

**El Declarante/Asegurado**

**El cliente ACEPTA, salvo solicitud en contrario, la puesta a disposición del documento informativo de producto y la nota general previa informativa del mismo en el sitio web [www.previsionmallorquina.com/informacion-previa-contratacion](http://www.previsionmallorquina.com/informacion-previa-contratacion)**

**El Solicitante/Tomador**

Firme aquí

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

\* Campos obligatorios

Firme aquí