previsión mallorquina seguros
Aribau, 168-170, Entlo. 1ª
08036 - Barcelona
Tel.: 934 150 898 Fax: 934 155 743
previsionmallorquina.com

Adhesión a la póliza del Colegio de Abogados de Zaragoza

Joaquín Moné Foz
CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.
S. UNIPERSONAL

A cumplimentar por la Compañía

Solicitud nº ..... Póliza nº 361.702

Datos del Mediador

Código 1000634 Nombre Joaquín Moné Foz, Correduría de Seguros, S.L.

Datos del Declarante/Asegurado

Nombre ..... Apellidos .....
Fecha de nacimiento ..... Documento de identidad ..... E-mail .....
Domicilio .....
Código Postal ..... Localidad ..... Provincia ..... Teléfono .....
Profesión ..... Rég. Seg. Social ..... Desempeña su actividad por cuenta:
Domicilio de trabajo .....
Código Postal ..... Localidad ..... Provincia ..... Teléfono .....
Domicilio de cobro bancario (CCC): Código Entidad | | | | Oficina | | | | DC | | Nº Cuenta | | | | | | | | | | Beneficiario: Tomador ❐ Asegurado ❐

Garantías y sumas aseguradas

Período máximo de cobertura	Garantía principal	Subsidio diario	Franquicia	Prima anual
365 días	Enfermedad y accidente	30 €	30 días	84 €

Fecha de efecto solicitado	.....	Forma de pago	Mensual ❐ Trimestral ❐ Semestral ❐ Anual ❐	Revalorización anual para todas las garantías	.....%

Cuestionario de Salud (Debe responder a todas las preguntas) Antecedentes sobre seguros, personales y patológicos (En caso afirmativo indicar enfermedad y fecha en la que la padeció)

1- ¿Tiene contratado o ha solicitado otro seguro de salud? Sí ❐ No ❐
1.1- Seguro de incapacidad temporal o subsidio diario: Sí ❐ No ❐
Compañía: ..... Importe asegurado .....
1.2- Seguro de asistencia sanitaria?: Sí ❐ No ❐ Compañía: .....
2- Fuma: Sí ❐ No ❐ **2.1-** Cantidad diaria: ..... **3-** ¿Padece hipertensión?: Sí ❐ No ❐
4- Talla: ..... cms. **5-** Peso: ..... Kg. **6-** ¿Toma bebidas alcohólicas?: Sí ❐ No ❐
6.1- Cantidad diaria: ..... **7-** ¿Ha estado de baja laboral más de 15 días consecutivos?: Sí ❐ No ❐ **7.1-** ¿Cuando y por qué?: .....
8- ¿Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales?: Sí ❐ No ❐
8.1- ¿Cuál/es?: .....
9- ¿Practica algún deporte?: Sí ❐ No ❐ **9.1-** De que tipo y con que frecuencia: .....
10- ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida?: Sí ❐ No ❐
10.1- ¿Cuál/es?: .....
11- Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales: Sí ❐ No ❐
12- Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio: Sí ❐ No ❐ .....
13- Enfermedades respiratorias (pulmones, pleura, bronquios, etc.): Sí ❐ No ❐
14- Procesos infecciosos o parasitarios, S.I.D.A.: Sí ❐ No ❐
15- Afecciones en la espalda y/o en la columna vertebral (lumbalgias, cervicalgias, hernias discales, etc.): Sí ❐ No ❐
16- Procesos endocrinos, nutricionales y metabólicos (diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, etc.): Sí ❐ No ❐
17- Alteraciones del sistema nervioso: Sí ❐ No ❐
18- Alteraciones de la sangre y el sistema linfático: Sí ❐ No ❐
19- Alteraciones psiquiátricas : Sí ❐ No ❐ .....
20- Enfermedades genitourinarias (renales y vías renales, ginecológicas, órganos genitales, etc.): Sí ❐ No ❐
21- Enfermedades de la piel (quistes, eccema, etc.): Sí ❐ No ❐ .....
22- Enfermedades de la nariz, boca, oído y/o laringe: Sí ❐ No ❐ .....
23- Enfermedades oculares. Motivo y graduación: Sí ❐ No ❐ .....
24- Alguna afección todavía no nombrada: Sí ❐ No ❐ .....
25- ¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica? ¿Ha sufrido algún accidente?: Sí ❐ No ❐
26- En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o TAC, Doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, biopsias, etc.?: Sí ❐ No ❐ **26.1-** Motivo y resultado de las pruebas: .....
27- ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas?: Sí ❐ No ❐
27.1- ¿Enfermedades reumáticas?: Sí ❐ No ❐ **27.2-** ¿Ha realizado rehabilitación o fisioterapia?: Sí ❐ No ❐
28- ¿Ha sufrido algún accidente?: Sí ❐ No ❐ **28.1-** De qué naturaleza y en qué fecha: .....
29- ¿Sufrió lesiones?: Sí ❐ No ❐ **29.1-** Indíquenos cual/es: .....
30- ¿Le ha dejado secuelas?: Sí ❐ No ❐ **30.1-** Indíquenos cual/es: .....
31- ¿Se encuentra actualmente de baja laboral o bajo control, valoración o tratamiento médico y/o en espera de la realización u obtención de resultados de pruebas de diagnóstico complementarias?: Sí ❐ No ❐

En caso de respuesta afirmativa 'Sí', indicar tipo de proceso, fecha en que lo padeció y estado actual: .....

En el caso de ser aceptada por la Aseguradora la presente Solicitud de Seguro, el contrato se regirá por la legislación española, en concreto por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y por las disposiciones legales que modifiquen y/o amplíen las citadas leyes o que sean de legal aplicación al presente contrato. El Estado al que corresponde el control de la actividad del Asegurador es España a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía. LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. dispone de un Servicio de Atención al Cliente con dirección postal en 08036 BARCELONA, c/ Aribau, 168-170, entresuelo 1ª, y electrónica sac@laprevisionmallorquina.com para atender las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de 2 meses derivadas de la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros y operadores de banca seguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de Marzo. Transcurrido dicho plazo sin haber obtenido respuesta o no esta conforme con la misma, puede dirigirse al Comisionado para la Defensa del Asegurado con domicilio en 28046 MADRID, Pº de la Castellana, 44. En todas las oficinas del Asegurador se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente. En todo caso, el cliente puede acudir a los tribunales de justicia o a un órgano arbitral aceptado por las partes.
El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar autoriza expresamente a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., a la inclusión en sus ficheros y tratamiento de todos sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, para cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la futura relación contractual, encuestas de satisfacción, prevención del fraude y el envío de información comercial de nuestros productos de seguro, incluso por medios electrónicos. Asimismo, autoriza expresamente que dichos datos personales puedan ser comunicados entre dicha entidad aseguradora y los profesionales que presten sus servicios a ésta con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el futuro contrato de seguro. Si no desea que utilicemos sus datos con fines no relacionados con la relación contractual marque la casilla ❑. Dichos datos permanecerán en los ficheros del Asegurador aún en el caso de que no se formalice la póliza y estarán sujetos, mediante solicitud escrita del interesado dirigida a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., c/ Aribau 168-170, Entl. 1ª, Barcelona, 08036, a la atención del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador, a los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de acuerdo con la legislación vigente. 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 por el Asegurador, son en un todo 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. Asimismo autorizan a cualquier médico o institución que le haya asistido o reconocido en sus dolencias a revelar a la Compañía la información que ésta considere necesaria.

En ..... a ..... de ..... de .....

El Declarante/Asegurado

Firme aquí

El Solicitante/Tomador

Firme aquí

La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A. Registro Mercantil de Barcelona, Volumen 34.346, Folio 13, Hoja núm. B-13.071 - CIF A-08-169013 - Capital suscrito y desembolsado 2.103.750 Euros - Inscrita en el Registro Especial de la D.G.S.F.P. con la clave C-0279

SELI012010