

BOLETIN DE ADHESION PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

PÓLIZA NUM. 10500010 TOMADOR: S.E. CORREOS Y TELEGRAFOS. S.A.
 CAPITAL ASEGURADO:

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DOMICILIO

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

C.POSTAL

N.I.F.:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO:

PROFESION Y OCUPACION HABITUAL:

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE:

¿Tiene Usted en la actualidad alguna enfermedad o defecto físico? ¿Cuál?

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que haya necesitado tratamiento médico? ¿Cuál?

¿Está o ha estado de baja laboral durante más de siete días consecutivos por enfermedad o accidente? (En caso afirmativo indique detalles y fechas)

¿Ha sido sometido a pruebas médicas en los últimos seis meses, tales como análisis de sangre, radiografías, encefalogramas, pruebas de función renal, pulmonar o hepática, test de enfermedades infecto-contagiosas, etc.? ¿Cuáles y con qué resultados?

¿Ha sido o va a ser Usted hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?:

(En caso afirmativo indique detalles y fechas)

¿Hay o ha habido en su familia enfermos del corazón, aparato circulatorio, cáncer, diabetes, tuberculosis o enfermedades mentales? En caso afirmativo, amplíe información:

Deportes que practica:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PARA CASO DE FALLECIMIENTO

(En defecto de designación expresa, serán beneficiarios a partes iguales y en defecto unos de otros: su cónyuge, hijos, padres y herederos legales.)

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SEGUN DISPOSICIONES DE LA LEY ORGANICA 5/92 DE 29 DE OCTUBRE

A efectos de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 5/92 se pone en conocimiento del solicitante:

1. Que los datos personales facilitados se incorporan a un fichero automatizado.
2. Que la finalidad de recoger los datos es la de poder prestar al Asegurado todo tipo de servicios sin necesidad de cumplimentar nuevamente dichos datos y que los destinatarios de mismos son las Entidades pertenecientes al Grupo BBVA.
3. Que los datos que se solicitan son los que se consideran necesarios para la formalización de la operación.
4. Que el Asegurado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los datos personales que constan en las Entidades, en los términos previstos en la Ley 5/92, demás normas que la desarrollan a través de cualquier oficina de las Entidades.
5. Que el responsable del fichero es BBVA Seguros, con domicilio en Cl Alcalá, 17 - 28014 Madrid.

El solicitante da su consentimiento para que BBVA Seguros pueda ceder sus datos personales siempre que el cesionario sea alguna de las Entidades pertenecientes al Grupo BBVA, y es vayan a ser utilizadas para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas de esta Entidad o del cesionario de dichos datos. Informamos al solicitante que los datos económicos relativos a las prestaciones aseguradas y los datos de salud que figuran en este documento no serán cedidos a ninguna entidad.

El solicitante reconoce como suyas las anteriores declaraciones y sabe que ocultaciones sobre su estado de salud o inexactitudes en l respuestas pueden originar la pérdida de los derechos otorgados por el Seguro.



Fdo.:

Fecha:

BBVASEGUROS, S.A. de Seguros y Reaseguros
 Alcalá, 17 - 28014 Madrid - Tel. 91 537 92 31 - Fax 91 374 72 66