

**Boletín de adhesión al Seguro Colectivo de Vida para Protésicos Dentales**
**Datos del Titular**

Pertenece al Colegio de Protésicos de \_\_\_\_\_  
 D. \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 NIF/CIF \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ solicita adherirse al **SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

**Declaración de Estado de Salud**

¿Ha sido tratado en un hospital, clínico o sanatorio?: SI  NO  ¿Por qué causa? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Quedó completamente bien? SI  NO  ¿Padece alguna enfermedad?: SI  NO   
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kgs. Estatura \_\_\_\_\_ cms Su tensión ¿es normal? SI  NO   
 Máxima: \_\_\_\_\_ Mínima: \_\_\_\_\_  
 BENEFICIARIOS: (Indíquese nombre y parentesco con el asegurado): \_\_\_\_\_  
 ¿Conduce Motocicleta? SI  NO  Cilindrada \_\_\_\_\_ ¿Practica algún deporte? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Caso de padecer algún defecto físico dar detalle: \_\_\_\_\_

Asimismo, declara ser exactas y sinceras las contestaciones expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedente o dolencia alguna.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ **Firma del Asegurado**

Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

CAPITALES GARANTIZADOS POR FALLECIMIENTO		Indicar el capital de acuerdo a su edad
<b>Edad entre 23 a 30 años</b>	<b>50.000 €</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Edad entre 31 a 40 años</b>	<b>30.000 €</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Edad entre 41 a 53 años</b>	<b>20.000 €</b>	<input type="checkbox"/>

Cód. Entidad \_\_\_\_\_ Cód. Oficina \_\_\_\_\_ D.C. \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_

**Cláusula de consentimiento y autorización**

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS Y HERRERO J.M. CORREDURIA DE SEGUROS S.L. y el tratamiento de los mismos, así como la recepción de comunicaciones comerciales. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión de la póliza y mantenimiento de la relación contractual. Si el solicitante no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la gestión de su solicitud no podría llevarse a cabo. El solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante podrá dirigirse a ASTRA CORREDURIA DE SEGUROS S.L. (Departamento de Atención al Cliente), PLlaza de la Mercedd, 22 para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El solicitante firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando la consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.