División de Colectivos
Boletín de Adhesión al Seguro de Grupo - FEDECA

MetLife

Tomador del seguro: _____ Póliza: 481760000 Certificado: _____

1. Datos del Asegurado

Apellidos y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ Sexo: _____ Profesión: _____ N.I.F: _____

Fecha de Alta: ____ / ____ / _____ Dirección: _____

Población: _____ CP: _____ Provincia: _____

Móvil: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Capital Asegurado: _____

Beneficiarios del Seguro (indique Nombre y Parentesco): _____

2. Declaración de Salud del Asegurado

Estatura: ____ cm. Peso: ____ kg Consumo de alcohol: ____ copas/semana. Consumo de tabaco ____ cigarrillos/día.

	Sí	No
1. ¿Consume o ha consumido alguna vez drogas? ¿Cuál? _____ Frecuencia: _____	☐	☐
2. ¿Ha padecido Ud. alguna enfermedad grave? ¿Cuál? _____ Especifique fecha de la intervención y estado actual _____	☐	☐
3. ¿Ha sufrido Ud. alguna intervención quirúrgica? Especifique fecha de la intervención y estado actual _____	☐	☐
4. ¿Ha seguido Ud. tratamiento por problemas de tensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, artritis, riñón o sistema digestivo, enfermedades nerviosas o alguna deformación física o defecto grave del oído o la vista? ¿Qué y desde cuándo? _____ Especifique detalles del tratamiento y si continúa en la actualidad. (Si desea ampliar esta información puede hacerlo en una hoja aparte).	☐	☐
5. ¿Ha tenido Ud. alguna enfermedad de carácter hereditario y/o canceroso incluyendo leucemias o linfomas, o alguna vez se ha sometido a un estudio médico en relación con alguna de dichas enfermedades? En caso afirmativo especifique la enfermedad y cuándo la ha padecido (o si la padece en la actualidad) _____	☐	☐
6. ¿Tiene Ud. actualmente problemas de salud o de constitución (defecto físico, minusvalía, secuela de alguna enfermedad, accidente o intervención quirúrgica? ¿Cuál? _____ Especifique detalles: _____ (Si desea ampliar esta información puede hacerlo en una hoja aparte).	☐	☐
7.¿Le han realizado en alguna ocasión una prueba de SIDA? En caso afirmativo indique, fecha y resultado _____	☐	☐
8. ¿Está Ud. inválido o incapacitado para desempeñar alguna actividad laboral? ¿Tiene concedido, ha iniciado o va a iniciar, o está tramitando expediente de Invalidez o Incapacidad ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social u otro Organismo? En caso afirmativo especifique: _____	☐	☐
9. ¿Tiene alguna otra póliza de seguro de vida con la Entidad Aseguradora o con otra compañía? En caso afirmativo indique, Compañía: _____ Tipo Seguro: _____ Suma Asegurada: _____	☐	☐

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 LOPD, le informamos que los datos de carácter personal que usted nos ha proporcionado para la formalización de este contrato, han sido incluidos en un fichero automatizado, cuyo responsable es American Life Insurance Company, con la finalidad de gestionar el contrato de seguro, así como para informarle de cualquier otro producto de seguro de la propia Entidad o de cualquier otra que consideremos de su interés, incluso una vez cancelado el seguro contratado.
El interesado declara que los datos aportados son ciertos y exactos, y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados.
El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y/o cancelación de sus datos mediante el envío de carta a American Life Insurance Company, Avda. de los Toreros, 3 (28028-Madrid), indicando en el texto "EJERCICIO DE DERECHOS LOPD".
En el reverso del presente documento constan las condiciones básicas del contrato y la información exigida en cumplimiento de lo dispuesto en el R.D. legislativo 6/2004 y de los Artículos 104 a 107 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998 de cuyo contenido queda enterado).

Fecha: ____ / ____ / _____ Firma del Asegurado: Sello y Firma del Tomador del Seguro:

© 2011 MetLife,Inc. Todos los derechos reservados.