



reinventando / los seguros



## Solicitud Web de Información: Seguro de Salud

Solicitud de información

### Datos del Tomador

(Titula en familias o datos de empresa en colectivos)

Primer Apellido/Razón Social

Segundo Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Idioma

Varón

Mujer

Domicilio (Urbanización, polígono, calle, número, piso, puerta)

Código Postal

Población

Provincia

País

Teléfono

Profesión/Actividad

**Cláusula LOPD.** La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

**Los datos se incluirán en ficheros automatizados** que se destinarán al cumplimiento del objeto de seguro y serán tratados de forma confidencial tanto por Winterthur Salud como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza y por Grupo Argudo Consulting

**Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.** Con tal finalidad **autoriza** de manera expresa a que todos sus datos, incluidos los de salud, puedan ser objeto de tratamiento automatizado.

El Asegurado/Tomador podrá dirigirse a Grupo Argudo Consulting o Axa-Winterthur Salud para ejercer sus derechos de modificación o cancelación.

**Datos de los Asegurados**

Número de personas por las que se solicita el seguro incluido el Titular

\_\_\_\_\_

**Asegurado 1**  
(Titular de la póliza)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Varón

Mujer

Profesión/Actividad

Estado civil

¿Es Ud. fumador?\*

Sí

No

**Asegurado 2**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Varón

Mujer

Profesión/Actividad

Parentesco con el Titular de la póliza

Estado civil

¿Es Ud. fumador?\*

Sí

No

**Asegurado 3**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Varón

Mujer

Profesión/Actividad

Parentesco con el Titular de la póliza

Estado civil

¿Es Ud. fumador?\*

Sí

No

**Asegurado 4**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Varón

Mujer

Profesión/Actividad

Parentesco con el Titular de la póliza

Estado civil

¿Es Ud. fumador?\*

Sí

No

\* Se considera no fumador a los efectos de esta póliza a aquella persona que no ha consumido tabaco de ninguna forma en los últimos 24 meses y no tiene intención de hacerlo en el futuro.

\*\* La cobertura de embarazo y parto, incluye reproducción asistida para los dos miembros de la pareja si están asegurados en Optima Plus