

Boletín de Adhesión - Plan de Salud CIGNA

RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA Los campos marcados con un asterisco rojo (*) son obligatorios

Nombre de su Empresa o Tomador	N.º Póliza
	Subcolectivo (especifique si hay más de uno)

Fecha de Alta *	Fecha de Baja	Fecha de Modificación
-----------------	---------------	-----------------------

Titular/Empleado

¿Tiene actualmente contratado un seguro de Asistencia Sanitaria con CIGNA? SI NO

Apellidos * _____

Nombre * _____ N.I.F.: * _____

Domicilio * _____

Población * _____ C.P. * _____ Provincia * _____

Teléfono * _____ E-mail _____

Teléfono móvil _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Profesión _____ Sexo * H M

¿Ha estado cubierto con otro Seguro de Enfermedad o Asistencia Sanitaria durante los últimos doce meses? ⁽²⁾ Sí No

¿Con qué Entidad? (Adjuntar 12 últimos recibos o certificados de Aseguramiento detallando cobertura) _____

Fecha en la que el empleado fue contratado en la Empresa _____

Familiares Dependientes (Rellenar si se contrata cobertura familiar)

Apellidos y Nombre ⁽¹⁾	Parentesco ⁽²⁾ (cónyuge, hijo...)	Fecha de nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo (H/M)	Cobertura en los últimos 12 meses

(1) Indicar apellidos y nombre como deseen que aparezcan en sus tarjetas CIGNA.

(2) Los hijos mayores de 18 años y menores de 25 deberán adjuntar certificado de estar estudiando.

Datos bancarios del Titular/Empleado * (campo obligatorio si va a autofinanciar su seguro y/o el de sus familiares, así como en caso de que su plan sea de reembolso):

Entidad _____ Oficina _____ D.C. _____ N.º Cuenta _____

OBSERVACIONES / COBERTURAS ADICIONALES:

PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A. N.V. Sucursal en España (CIGNA) – directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados en la modalidad de Servicios Médicos Concertados – antes y a lo largo de la relación aseguradora se incluirán en ficheros automatizados de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es CIGNA. Su tratamiento queda expresamente autorizado los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Servicios Médicos Concertados) a profesionales y centros que participen en la prestación de la asistencia sanitaria, entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago. Asimismo, salvo indicación en contra por el titular marcando la casilla de abajo con una X, queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por CIGNA o sociedades de su mismo grupo a quienes les pueden ser cedidos. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en el número de teléfono 902.363.666. En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de sus datos en el fichero antes mencionado, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de datos de carácter personal.

No consiento el ofrecimiento de servicios arriba indicado

Los abajo firmantes solicitan

La inclusión de la/s persona/s indicada/s en los apartados "Titular/Empleado" y/o "Familiares Dependientes" en la Póliza Colectiva arriba referida, cuya Cobertura y Condiciones Generales declaran conocer y aceptar expresamente.

Firma del Tomador

Firma del Asegurado Titular *

Fecha

Las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados de la Póliza, incluidas expresamente las que aparecen en los Artículos 1, 2 y 3 de sus Condiciones Generales, han sido aceptadas específicamente por el Tomador en nombre de todos los asegurados a incluir en el seguro, lo cual RATIFICA expresamente el Asegurado Titular.

INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

Conforme a lo dispuesto en la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y su Reglamento aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, el Asegurador proporciona la siguiente información al Tomador:

LEGISLACIÓN APLICABLE: La ley aplicable a este contrato de Seguro es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

ENTIDAD ASEGURADORA: CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V., Sucursal en España, con domicilio en Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid), que es una sucursal de CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V. con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52 de Bruselas, entidad sometida a la supervisión de la Comisión Bancaire et Financière belge.

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN: Para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el Seguro, el Tomador, Beneficiario, Asegurado o derechohabientes de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución. (i) Cualquier reclamación se dirigirá por escrito al Servicio de Incidencias de CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V. Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en la dirección de correo electrónico servicio.incidencias@cigna.com. (ii) Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Servicio de Incidencias, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición. (iii) En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

El Tomador del seguro, se compromete a facilitar a los Asegurados esta información así como cualquier otra que afecte a sus derechos y obligaciones, especialmente la relativa a la protección de datos de carácter personal, con anterioridad a su inclusión en el presente seguro.