

Tomador del seguro (este apartado lo cumplimenta el Tomador)

Fecha alta asegurado

Nombre Empresa Contratante _____

Póliza, Nº **62**.

| | | / | | | / **2011** | |

Datos del Asegurado

NIF/CIF _____

Nombre _____ Apellidos _____

Fecha nac. ____ / ____ / ____ Sexo H M Teléfono _____

Profesión/actividad _____ e-mail _____

Domicilio _____

Población _____

Cód Postal _____ Provincia _____

Beneficiarios

Para el caso de Fallecimiento :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> El cónyuge del asegurado | <input type="checkbox"/> Los hijos del asegurado a partes iguales |
| <input type="checkbox"/> El cónyuge y los hijos del asegurado | <input type="checkbox"/> Los padres del asegurado a partes iguales |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

En caso de no existir designación expresa de Beneficiarios, acepto lo sean mis legítimos herederos.

Declaración de actividad / salud

¿Se encuentra Vd. en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos 5 años enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de 3 semanas consecutivas?

¿Sufre algún tipo de minusvalía o discapacidad?

Sí No En caso afirmativo especificar causa _____

El Asegurado queda informado que sus declaraciones constituyen la base de su inclusión y, por consiguiente, toda reserva mental, declaración falsa o inexacta que influya en la apreciación del riesgo anulará la cobertura, quedando a favor de la Entidad Aseguradora la prima satisfecha.

Asimismo, el Asegurado declara haber sido previamente informado sobre los derechos y obligaciones que le afectan como tal, según indica el art.106 del Reglamento de la LOSSP (R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre), por lo que suscribo el presente boletín de adhesión en señal de conformidad y aceptación.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico, el Asegurado queda informado de que los datos personales contenidos en este Boletín de Adhesión (incluidos los datos de salud) serán incorporados a un fichero confidencial responsabilidad de ATLANTIS VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., con la finalidad de gestionar el Seguro de vida concertado por el Tomador. Dichos datos son elemento indispensable para la valoración del riesgo, así como los que se podrían generar en caso de siniestro. Con la firma del presente documento, el Asegurado autoriza expresamente la recogida de datos y su tratamiento posterior para los fines indicados.

Asimismo, el Asegurado autoriza el envío de comunicaciones a través de cualquier medio incluso el e-mail/correo electrónico sobre productos y servicios relacionados con la actividad aseguradora de ATLANTIS VIDA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., incluso una vez extinguido el contrato, así como la cesión de sus datos a las entidades aseguradoras y de mediación del Grupo ATLANTIS (consultables en www.atlantis-seguros.es) para la misma finalidad

El Asegurado podrá ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la Ley mediante petición escrita dirigida a ATLANTIS VIDA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Secretaría General, Ref: Protección de Datos, Aragón 385, 08013 Barcelona, o bien ejercitar los derechos señalados a través de la dirección de correo electrónico legal@atlantisgrupo.es (acreditando debidamente su identidad)

Marque esta casilla en caso de no querer recibir información comercial.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL ASEGURADO

EL TOMADOR DEL SEGURO

(Firma o sello de la Empresa)

V.abril2012