

AENUS CORREDURIA DE SEGUROS

OFERTA EXCLUSIVA DE SEGURO DE SALUD 2020

# DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN



COLEGIO OFICIAL DE DOCTORES Y LICENCIADOS  
EN FILOSOFÍA Y LETRAS Y EN CIENCIAS

**Colegio Profesional de la Educación de Castilla-La Mancha**

*El Colegio de los Docentes y de los profesionales de la Cultura*

## Información

Encontrará toda la información y documentos necesarios para la contratación en la siguiente página web:  
<https://www.aenus.es/seguros/colectivos/seguro-de-salud-cdl-clm/>

## Documentos

Debe cumplimentar los siguientes documentos que encontrará en la web:  
Solicitud de alta; documento SEPA y cuestionario de salud (si fuera necesario)

## Envío

Envíe los documentos anteriores, por email a las siguientes direcciones:

- [clientes.cdclcm@aenus.es](mailto:clientes.cdclcm@aenus.es)
- [cdl-clm@cdlclm.es](mailto:cdl-clm@cdlclm.es)

## Confirmación

En el plazo de 24-48 horas recibirá un email desde AENUS indicando que se procede a la tramitación del alta. Si falta algún dato, se le solicitará.

## Alta

Se le comunicará el alta mediante comunicación por email, en el plazo de 1-3 semanas desde la recepción de la solicitud.

## Póliza

Se le enviará por correo postal al domicilio que indique en su solicitud, tanto la póliza de seguro como las tarjetas de salud.



**FORMULARIO**  
**SEGURO DE SALUD AENUS - ASISA**

**Nombre y Apell. Asegurado 1**

DNI / Fecha Ncto. / E. Civil

Dirección / CP / Localidad

Teléfono / E-Mail

Compañía Seguro Anterior

Fecha Efecto

Acuartelamiento de Origen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Asegurado 2**Cónyuge  Hijo  Otro(especificar) 

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Asegurado 3**Cónyuge  Hijo  Otro(especificar) 

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Asegurado 4**Cónyuge  Hijo  Otro(especificar) 

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Firma Solicitante****ADJUNTAR DOCUMENTO SEPA****IMPORTANTE: Comprobar fecha de vencimiento del seguro actual**

AENUS CORREDURIA DE SEGUROS S.L. está adaptada al Reglamento General de Protección de Datos y resto de legislación aplicable sobre Protección de Datos. Tratamos la información que nos facilita al objeto de gestionar la relación que nos vincula. Tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificarlos, solicitar su supresión y portabilidad, o limitar su uso. Para conocer los detalles de nuestra Política de Protección de Datos y los fines para los que se tratarán sus datos, le invitamos a que lea nuestra Política de Privacidad en [www.aenus.es](http://www.aenus.es). Para el tratamiento de sus datos en los términos y a los fines expresados en ella, necesitamos su consentimiento:

SI, ACEPTO

La cumplimentación de este formulario y, en su caso, el alta, implica la permanencia de los asegurados hasta el 31 de Diciembre de 2020. Todas aquellas altas que se tramiten con fecha de efecto de 01-10, 01-11 o 01-12 se acogen a permanencia hasta el 31-12 del siguiente año. La póliza se renovará de forma automática por anualidades completas a 1 de Enero si no se solicita la anulación con previo aviso de 1 mes al vencimiento de la misma. Para más información ver "Manual del Producto" donde se encuentran las condiciones del seguro.

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_ N° de Colectivo \_\_\_\_\_

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Durante los últimos cinco años ¿ha sido atendido alguna vez en un hospital o centro sanitario, o está pendiente de hacerlo para algún diagnóstico o tratamiento, ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o tiene previsto hacerlo?**  Sí  No

No es preciso reflejar algunas intervenciones señaladas a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones de las mismas: Amigdalotomía (operación de anginas), adenoidectomía (vegetaciones), apendicectomía, extracción dentaria, parto, cesárea, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, intervenciones por quistes sebáceos o epidermoides, lipomas.

En caso afirmativo, indique tipo de ingreso o intervención quirúrgica, año en que ha tenido lugar y si le han quedado o no secuelas.

**Por favor, indique si tiene o ha tenido alguna enfermedad de las que a continuación se refieren:**

No es necesario reflejar enfermedades habituales y de corta duración como catarros, gripes, bronquitis, diarreas, anginas, faringitis, etc.

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>1.- CARDIACA, PULMONAR O DEL APARATO RESPIRATORIO</b>                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>2.- METABÓLICAS (del Sistema Endocrino) O DEL APARATO DIGESTIVO</b>            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>3.- REUMATOLÓGICAS, ÓSEAS O MUSCULARES</b>                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>4.- DEL SISTEMA NERVIOSO, DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS</b>                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>5.- HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE</b>                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>6.- DEL RIÑÓN O EL APARATO UROGENITAL (incluyendo la próstata, en su caso)</b> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>7.- PSIQUIÁTRICAS, ANOREXIA, BULIMIA</b>                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>8.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS</b>   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

**¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral, cáncer, incluso de la piel, melanoma, linfoma, leucemia etc?**  Sí  No

**¿Tiene reconocida alguna minusvalía o incapacidad o está en proceso de valoración? ¿Presenta algún defecto físico?**  Sí  No

En caso afirmativo es necesario indicar el grado y tipo de discapacidad o minusvalía reconocida o en proceso de valoración.

**Otros datos de interés:**

**¿Toma medicamentos? (indicar cuáles)** \_\_\_\_\_  Sí  No

- Su peso (Kg)  - Altura (cm)

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo. D./Dña. \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_  En nombre propio  Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

**Resolución (Médico):**  Aceptada  Rechazada  Solicitud de Informe: \_\_\_\_\_

Aceptada con Exclusiones: \_\_\_\_\_

**Nombre y Apell. Asegurado 1**

DNI / Fecha Ncto. / E. Civil

Dirección / CP / Localidad

Teléfono / E-Mail

Compañía Seguro Anterior

Fecha Efecto

Acuartelamiento de Origen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Asegurado 2**Cónyuge Hijo Otro(especificar) 

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Asegurado 3**Cónyuge Hijo Otro(especificar) 

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Asegurado 4**Cónyuge Hijo Otro(especificar) 

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**Firma Solicitante****ADJUNTAR DOCUMENTO SEPA****IMPORTANTE: Comprobar fecha de vencimiento del seguro actual**

AENUS CORREDURIA DE SEGUROS S.L. está adaptada al Reglamento General de Protección de Datos y resto de legislación aplicable sobre Protección de Datos.

Tratamos la información que nos facilita al objeto de gestionar la relación que nos vincula. Tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificarlos, solicitar su supresión y portabilidad, o limitar su uso. Para conocer los detalles de nuestra Política de Protección de Datos y los fines para los que se tratarán sus datos, le invitamos a que lea nuestra Política de Privacidad en [www.aenus.es](http://www.aenus.es). Para el tratamiento de sus datos en los términos y a los fines expresados en ella, necesitamos su consentimiento:

SI, ACEPTO

La cumplimentación de este formulario y, en su caso, el alta, implica la permanencia de los asegurados hasta el 31 de Diciembre de 2020. Todas aquellas altas que se tramiten con fecha de efecto de 01-10, 01-11 o 01-12 se acogen a permanencia hasta el 31-12 del siguiente año. La póliza se renovará de forma automática por anualidades completas a 1 de Enero si no se solicita la anulación con previo aviso de 1 mes al vencimiento de la misma. Para más información ver "Manual del Producto" donde se encuentran las condiciones del seguro.

# Cuestionario de Salud



NO ESCRIBA EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

## DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

## PERSONA A LA QUE SE REFIERE LA DECLARACIÓN

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Relación con el Declarante \_\_\_\_\_ Número de Orden \_\_\_\_\_

## DATOS DE INTERÉS SANITARIO

| Nº | PREGUNTA   | RESPUESTA   | OBSERVACIONES  |
|----|--|---|--|
| 1  | ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución               |
|    | ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifíquelas   |
| 2  | ¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique fecha y motivo                                     |
| 3  | ¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?  | FECHA<br>...../...../.....                              | Motivo<br>Especifique especialidad y próxima fecha de consulta |
| 4  | ¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cuál, tratamiento y evolución                      |
| 5  | ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique fecha, tratamiento y secuelas                      |
| 6  | ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento?<br>Según lo que conoce de su actual estado de salud: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cuál   |
|    | a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cuál   |
|    | b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Indique la causa   |
| 7  | ¿Es o ha sido fumador?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día                                    |
|    | ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas                  |
|    | ¿Consume o ha consumido estupefacientes?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique tipo de producto                                   |

COPIA PARA LA DELEGACIÓN • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

IMPRESINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SecurCaixa Adeslas para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes. SecurCaixa Adeslas podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden.

Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, SecurCaixa Adeslas queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

| Fecha | Aceptado | Rechazado | Delegación | Número de Solicitud |
|-------|----------|-----------|------------|---------------------|
|       |          |           |            |                     |

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el Contrato de Seguro, el declarante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos sus datos de salud, sean tratados por SecurCaixa Adeslas, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales, así como a las entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento del seguro que, en su caso, se pudiere suscribir, así como para atender los siniestros que acontezcan a lo largo de la vigencia de la póliza, autorizando para ello a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a sus datos de salud y la prestación sanitaria que Ud. hubiere recibido.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer el Asegurador de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.



A cumplimentar por el acreedor  
To be completed by the creditor

Referencia de la orden de domiciliación:

Mandate reference

Identificador del acreedor:

Creditor Identifier

Nombre del acreedor / Creditor's name

**Aenus Correduría de Seguros**

Dirección / Address

**CALLE DOCTOR ESQUERDO 144-146 PLANTA 1 OFICINA 2**

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

**28007 MADRID**

País / Country

**ESPAÑA**

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. El deudor está legitimado para solicitar a su entidad el reembolso en los términos previstos en la legislación de servicios de pago.

By signing this mandate, the debtor authorizes (A) the creditor to send instructions to the bank to debit the debtor your account and (B) the entity to make debits on your account by following the instructions of the creditor.

The debtor is entitled to apply to your organization reimbursement on the terms provided in the law of payment services.

Mod: CEMANDATO - D.C.: N0000113-A

A cumplimentar por el deudor  
To be completed by the debtor

Nombre del deudor/es / Debtor's name  
(titular/es de la cuenta de cargo)

Dirección del deudor / Address of the debtor

Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town

País del deudor / Country of the debtor

Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones) / Swift BIC (up to 8 or 11 characters)

Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN

En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES  
Spanish IBAN of 24 positions always starting ES

Tipo de pago:  
Type of payment

Pago recurrente  
Recurrent payment

O  
or

Pago único  
One-off payment

Fecha - Localidad: .....  
Date - location in which you are signing

Firma del deudor: .....  
Signature of the debtor

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.  
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.