



FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros
 Diagonal, 648 – 08017 BARCELONA
 Tel. 932 052 213 - Fax 932 052 767
 E-mail: fiatc@fiatc.es

**SOLICITUD DE SEGURO
 FIATC SALUD**

Substituye la póliza.....

La legislación aplicable al contrato de seguro concertado con FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS es la española, rigiéndose de forma específica por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como por sus respectivas normas reglamentarias de desarrollo, y con carácter general se rige por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes en este contrato.

FIATC tiene señalada su sede social en España, Estado al que corresponde el control de su actividad, a través de la Autoridad Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Los Estatutos de nuestra Mutua se encuentran a su disposición en cualquiera de nuestras oficinas, así como en la página web www.fiatc.es. Igualmente, la Entidad facilitará al tomador del seguro que lo solicite los mecanismos pertinentes de acceso al informe sobre la situación financiera y de solvencia de FIATC.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MEDIFIATC | <input type="checkbox"/> MEDIFIATC BASE | <input type="checkbox"/> MEDIFIATC MULTI 125 |
| <input type="checkbox"/> MEDIFIATC P5 | <input type="checkbox"/> MEDIFIATC BASE P5 | <input type="checkbox"/> MEDIFIATC MULTI 250 |
| <input type="checkbox"/> MEDIFIATC P15 | <input type="checkbox"/> MEDIFIATC DIAGONAL | <input type="checkbox"/> MEDIFIATC MULTI TOP |
| <input type="checkbox"/> MEDIFIATC P60 | | <input type="checkbox"/> MEDIFIATC SELEC |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DENTAL
(Cumplimentar cuestionario pág. 4) | <input type="checkbox"/> SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN DEBIDA A INTERVENCIÓN
(Solo asegurados mayores de 18 años) |
| <input type="checkbox"/> COMPLEMENTO CUN | |

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F. _____ I.ER APELLIDO/RAZÓN SOCIAL _____

2.º APELLIDO _____ NOMBRE _____

DOMICILIO _____ NÚM. _____ PISO _____

C. POSTAL _____ POBLACIÓN _____ PROVINCIA _____

TEL. FIJO _____ TEL. MÓVIL _____ E-MAIL _____ FAX _____

FECHA NACIMIENTO _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ HIJOS _____

PROFESIÓN _____ (1)

DATOS COBRO

IBAN _____

(1) Si el Tomador es persona jurídica, indicar la del Asegurado n.º 1.

DATOS DEL SEGURO

EFFECTO DEL SEGURO 0 1

FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

En caso de pago fraccionado necesariamente debe domiciliarse el mismo en una Entidad Bancaria, cumplimentando la información bancaria.

DETALLE IMPORTE RECIBO

PRIMA NETA _____ PERÍODO INICIAL: DEL _____ AL _____

OBSERVACIONES/ACLARACIONES _____

CÓD. MEDIADOR **15819** NOMBRE MEDIADOR **BRC81 S.L.**

ASEGURADOS

N.º	APELLIDOS (INCLUIR AL TOMADOR)	NOMBRE	N.I.F / C.I.F.	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	SEXO (2)	PESO (3)	ALTURA (4)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

(2) "M" Masculino, "F" Femenino (3) En Kilogramos (4) En Centímetros

TEL. MÓVIL ASEGURADOS (Alta APP): 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____

FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, Tomo 45481, Hoja B-4032, Folio 96

DOMICILIO PARA CORRESPONDENCIA (Si es diferente al del Tomador)

DOMICILIO		NÚM.		PISO	
C. POSTAL		POBLACIÓN		PROVINCIA	
TEL. FIJO		TEL. MÓVIL		E-MAIL	
				FAX	

Persona que realiza la declaración de salud.....

Declaración de Salud de los Asegurados

1. ¿Tiene o ha padecido alguna enfermedad, malformación, trastorno o problema de salud relevante? (ver cuadro)

SÍ	Nombre y apellidos de los Asegurados	NO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

2. ¿Ha sido sometido a alguna prueba diagnóstica específica, o se le ha aconsejado, o tiene prevista su realización en el futuro? (ver cuadro)

SÍ	Nombre y apellidos de los Asegurados	NO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. ¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica, accidente o ha estado ingresado en algún centro hospitalario, o tiene previsto hacerlo?

SÍ	Nombre y apellidos de los Asegurados	NO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

4. ¿Toma algún tipo de tratamiento farmacológico, o realiza cualquier otro tipo de tratamiento, rehabilitación o terapia física o psicológica?

SÍ	Nombre y apellidos de los Asegurados	NO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

5. ¿Le ha sido concedida, se encuentra tramitando (o tiene previsto hacerlo), algún tipo de minusvalía o invalidez permanente?

SÍ	Nombre y apellidos de los Asegurados	NO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detalle a continuación su respuesta:

Sí

- Declaro que una vez leído y examinado el presente cuestionario, todas las respuestas anteriores que han de servir de base en su caso para elevar a póliza esta Solicitud de Seguro, así como para la gestión del eventual contrato de seguro finalmente concertado, son exactas, completas y verdaderas, y acepto en el supuesto que la Entidad lo considere, realizar el cuestionario de salud telefónico que aquella establezca con el mismo objeto de desarrollo, control, cumplimiento o ejecución de las anteriores finalidades.

Datos de contacto para la declaración de Salud

Teléfono

Horario

Nombre y apellidos del Tomador

ENFERMEDADES Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Enfermedades del Sistema Cardio Vascular: Accidente vascular cerebral, Aneurismas, Angor o Angina de pecho, Arritmias, Ateroesclerosis, Infarto de Miocardio, Insuficiencia cardíaca, Miocardiopatías, Patología valvular cardíaca, Insuficiencia venosa (varices).

Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos de los Sentidos: Alteraciones de la visión (cataratas, degeneración macular, patología de la retina, glaucoma, pérdida de visión.) Sordera, hipoacusia o trastornos de la audición, Vértigos y Enfermedad de Menière, Patología de las cuerdas vocales. Encefalopatías, Enfermedades medulares, Esclerosis múltiple, Ataxia, Epilepsia, Paraplejias, Parálisis de cualquier tipo, Parkinson, Alzheimer.

Enfermedades del Sistema Genito Urinario: Insuficiencia renal, Litiasis renal, Patología prostática, Patología mamaria, Patología de útero/ovarios/trompas.

Enfermedades de la Sangre: Hemofilia, Trastornos de la coagulación, Anemias.

Enfermedades del Metabolismo y Sistema Endocrino: Diabetes Mellitus tipo I, Obesidad mórbida, Patología hipofisaria, Patología de tiroides, Patología suprarrenal.

Enfermedades del Aparato Respiratorio: Apnea del sueño, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfisema, Fibrosis pulmonar, Granulomatosis, Histiocitosis, Neumonitis, Neumoconiosis.

Enfermedades del Aparato Digestivo: Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías crónicas, Patología gastro esofágica, Patología intestinal o anal.

Enfermedades del Aparato Locomotor y del Tejido Conectivo: Artritis Reumatoide, Artrosis, Patología vertebral o discal, Lesiones articulares, Dermatomiositis, Distrofias musculares, Lupus sistémico.

Procesos Oncológicos: Con diagnóstico inferior a 10 años, o superior a 10 años con recidivas.

Enfermedades Congénitas y Alteraciones Cromosómicas.

Trastornos Mentales, de la Esfera Emocional y Alteraciones de la Conducta: Esquizofrenia, Depresión, Trastorno bipolar, Retraso mental, Trastorno de la conducta alimentaria, Hábitos tóxicos (fumador habitual, consumo de alcohol habitual, otros estupefacientes).

Pruebas diagnósticas complementarias: Resonancia Nuclear Magnética (RNM), TAC, Tomografía de Emisión de Positrones (PET), Fibro-endoscopia, Artroscopia, Electroencefalograma (EEG), Electromiografía, Gammagrafía, Densitometría, Arteriografía u otras pruebas hemodinámicas, etc.

SOLICITUD DE SEGURO DENTAL

¿DESEA SUSCRIBIR EL SEGURO DENTAL? SÍ NO

FORMA DE PAGO: MENSUAL
 TRIMESTRAL

SEMESTRAL
 ANUAL

¿SON LOS MISMOS ASEGURADOS QUE LOS INDICADOS EN EL SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA?
SÍ NO

CENTRO DENTAL ASIGNADO:

ASEGURADOS

N.º	APELLIDOS	NOMBRE	N.I.F	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	SEXO (I)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(I) "M" Masculino, "F" Femenino

APARTADO A CUMPLIMENTAR POR LA ASESORÍA MÉDICA DE FIATC SALUD

CONFORME DENEGADO EXCLUSIÓN

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:

Firma

Asesor Médico

INFORMACIÓN PREVIA.- Instancias de reclamación para el tomador, asegurado o beneficiarios de la Mutua y, en su caso, sus derechohabientes:

El Reglamento de Defensa del Cliente de Fiatc, se encuentra a disposición de los Sres. Clientes de la Mutua en cualquier oficina abierta al público, en el domicilio social de la entidad, Avenida Diagonal, 648 de Barcelona así como en la página web www.fiatc.es.

1. DEPARTAMENTO O SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE (SCAC)

El Departamento o Servicio de Atención al Cliente atenderá, instruirá y resolverá la integridad de las quejas y reclamaciones que presenten los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios o Terceros Perjudicados relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos por cualquier razón derivada del contrato de seguro.

El Departamento de Atención al Cliente (SCAC) se encuentra en nuestra sede sita en Avenida Diagonal, núm. 648, -08017- de Barcelona, Teléfono Atención de Incidencias y Reclamaciones 900 567 567, Fax 936 027 374 y dirección de correo electrónico scac@fiatc.es.

El SCAC dispondrá de **UN MES** a contar desde la presentación de la queja o reclamación para dictar un pronunciamiento definitivo.

2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El reclamante en caso de disconformidad con el resultado emitido o bien en ausencia de resolución en el plazo de un mes por parte del SCAC puede presentar su reclamación ante el SERVICIO DE RECLAMACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES, dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Paseo de la Castellana, núm. 44 -28046- de Madrid.

3. JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación de acudir a los anteriores procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan.

El tomador y/o asegurado-beneficiario reconocen haber recibido, en esta misma fecha y con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información sobre la legislación aplicable e instancias de reclamación, así como conocer las condiciones de la póliza que solicita que, en su caso, se suscribirá en base a la presente información y a la buena fe de la misma.

4. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Declaro que una vez leído el cuestionario, todas las respuestas anteriores que han de servir de base en su caso para elevar a Póliza esta Solicitud de Seguro, son exactas, completas y verdaderas, quedando debidamente impuesto de que toda inexactitud, omisión o falta de veracidad facultará a FIATC para rescindir el presente contrato en la forma y condiciones que establece el artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

5. CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa de protección de datos, a continuación, le informamos de los términos y condiciones del tratamiento de datos personales efectuados por FIATC.

¿Quién va a responsabilizarse de los datos personales facilitados?

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS (FIATC)

¿Por qué recogemos datos personales?

Para formalizar el contrato de seguro, así como gestionar las coberturas contratadas y valorar el riesgo que asumimos y poder calcular el precio para cada cliente.

¿Podemos tratar los datos personales que nos proporciona?

Si, en cumplimiento de las obligaciones legales establecidas en la normativa del sector seguros

¿A quién vamos a comunicar los datos personales que tratamos?

Los datos personales no se cederán a terceros, salvo obligación legal.

Para la contratación de la póliza y para prestar las coberturas contratadas, contamos con diferentes encargados del tratamiento, todos ellos en la Unión Europea.

¿Qué derechos tiene?

Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos facilitados, así como al ejercicio de otros derechos detallados en la información adicional.

Información adicional

Puedes consultar información detallada sobre la protección de datos por parte de FIATC en www.fiatc.es/politica-proteccion-datos

EL MEDIADOR DE SEGUROS

En _____ a _____ de _____ de _____

EL SOLICITANTE - TOMADOR DEL SEGURO