

# Solicitud de adhesión (con Cuestionario de Salud)

# Adeslas

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de solicitud \_\_\_\_\_

Nº Póliza \_\_\_\_\_

Alta  Baja  Modificación

Nº Certificado \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_

Efecto \_\_\_\_\_

Envío de documentación  Empresa  KAM  Cliente

Clave Mediador 1 \_\_\_\_\_

Clave Mediador 2 \_\_\_\_\_

## Datos del Titular

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio: Tipo de Vía \_\_\_\_\_ Nombre de Vía \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Nº de empleado \_\_\_\_\_

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza?  Si  No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza \_\_\_\_\_ ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

Forma de pago  Mensual  Trimestral  
 Bimestral  Semestral  Anual

IBAN \_\_\_\_\_

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

## Datos Asegurados

Número de Asegurados \_\_\_\_\_

1) Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza \_\_\_\_\_ ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

2) Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza \_\_\_\_\_ ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

3) Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Nº de Póliza \_\_\_\_\_ ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

Resolución Solicitud:  ACEPTADA  RECHAZADA  EXCLUSIONES

### INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En la presente solicitud de seguro se comunican las condiciones voluntarias a las que el tomador/asegurado puede oponerse consignándolo así en la solicitud de seguro sin que ello impida, en su caso, la contratación de la póliza. Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales y el de los asegurados incluidos en la presente solicitud para la valoración del riesgo y, en su caso, contratación y posterior gestión del seguro solicitado, a continuación le informamos que, respecto de sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, NIF, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), nuestra Entidad pretende utilizar los mismos para las siguientes finalidades: (i) para la promoción publicitaria y para ofrecerle productos y servicios comercializados por nuestra entidad o por otras entidades colaboradoras y cuya contratación pudiera resultarle de interés, aun en el caso de que la póliza a la que se refiere la presente solicitud no llegue a formalizarse o se extinga por cualquier causa; (ii) para la aplicación de técnicas estadísticas para la elaboración de perfiles y segmentación de datos al objeto de que las comunicaciones comerciales a que se refiere el punto anterior se efectúen con criterios de previa selección; (iii) para comunicarlos a la entidad financiera Caixabank, S.A., con NIF A-08663619 y domicilio en Barcelona (08028), Avenida Diagonal, 621 y a las empresas, entidades o fundaciones del Grupo Fundación Bancaria "la Caixa", cuyas actividades forman parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirse, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora y de la empresa cesionaria anteriormente indicada comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente. Si no aceptase tal utilización y/o comunicación de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando las casillas que a tal efecto figuran en este documento sin que tal negativa impida la tramitación de esta solicitud de seguro y, en su caso, contratación de la póliza.

En todo caso, Ud. podrá ejercer posteriormente y en cualquier momento, en los términos previstos en la legislación aplicable, los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente a nuestra compañía, mediante solicitud escrita y firmada, acreditando su identidad, dirigida al Responsable de Tramitación de los Derechos ARCO de SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, Paseo de la Castellana, 259 C planta 6ª de Madrid (28046), o frente a cualquiera de las entidades cesionarias antes indicadas.

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación, Solvencia y Supervisión de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con NIF: A-28011864 y domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española. Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias: 1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. 2. El Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. 3. El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

Conforme a lo indicado anteriormente, marque la/s casilla/s correspondientes si no admite el envío de publicidad y/o la cesión de datos indicada.

No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria.  
No acepto la comunicación de mis datos personales a terceras entidades.

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

# Solicitud de adhesión (con Cuestionario de Salud)



INFORMACIÓN PREVIA MEDIADORES DE SEGUROS CONFORME A LA LEY DE DISTRIBUCIÓN DE SEGUROS, POR LA QUE SE INCORPORA AL DERECHO ESPAÑOL LA DIRECTIVA 2016/97 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, DE 20 DE ENERO DE 2016 SOBRE DISTRIBUCIÓN DE SEGUROS (en adelante "Ley de Distribución de Seguros"):

## (i) Información General.

Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros, S.A.U. (en adelante "Aon") es un mediador de seguros en la modalidad de Correduría de Seguros. Aon tiene su domicilio social en C/ Velázquez 86D, C.P. 28006 de Madrid, y se encuentra inscrita en el R<sup>o</sup> Mercantil de Madrid, Hoja M-19857, Tomo 1577, Folio 122, N.I.F. A-28109247. Asimismo, Aon en su condición de sociedad de Correduría se encuentra inscrita en el Registro de Distribuidores de Seguros y Reaseguros de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones con la clave J-0107 (<http://www.dgssp.mineco.es/es/Distribuidores/PUI/Paginas/pui.aspx>) y dispone de la Capacidad financiera y Seguro de Responsabilidad Civil según lo previsto en la Ley de Distribución de Seguros.

## (ii) Principios de actuación de Aon.

De conformidad con lo establecido en la ley de Distribución de Seguros, Aon presta sus Servicios de Mediación de Seguros de manera objetiva e independiente, velando por los intereses de sus clientes y representando a éstos frente a las compañías aseguradoras. Aon facilita su asesoramiento bajo los principios de independencia frente las compañías aseguradoras, así como de análisis objetivo y personalizado a sus clientes, buscando siempre y en todo caso la cobertura que, de acuerdo con los requerimientos planteados por éstos, mejor se adapta a sus necesidades.

## (iii) Servicio de quejas y reclamaciones.

En cumplimiento de la Ley de Distribución de Seguros, Aon dispone de un servicio de quejas y reclamaciones en el que sus clientes pueden presentar las quejas que consideren oportunas en relación con los Servicios de Mediación de Seguros prestados por Aon. Para cualquier reclamación deberá dirigirse a: Aon IBERIA - Servicio de Atención al Cliente - C/ Velázquez 86D, C.P. 28006 de Madrid, a la dirección de correo electrónico [sac.grupoaoon@aon.es](mailto:sac.grupoaoon@aon.es), o bien a las propias oficinas de Aon.

## (iv) Remuneración.

Respecto a la remuneración que percibe Aon por sus Servicios de Mediación, le informamos a continuación de los distintos sistemas de remuneración que Aon tiene implementados por sus Servicios de Mediación de Seguros:

- Aon pactará libremente con la compañía aseguradora la comisión que recibirá por la/s póliza/s de seguro/s intermediada/s, o, en su caso, pactará directamente con el cliente, de forma expresa y por escrito, los correspondientes honorarios profesionales, los cuales serán incrementados por los impuestos que en cada momento fueren de aplicación. Igualmente, Aon podrá ser remunerado por una combinación de comisiones recibidas de la compañía aseguradora y honorarios percibidos directamente del cliente.

- En adición a lo anterior, Aon podrá cobrar, junto con la prima, una cantidad adicional en concepto de gastos de administración cuyo importe será acordado con el cliente.

- Asimismo, se informa que Aon puede percibir adicionalmente comisiones de las compañías aseguradoras por servicios accesorios a la Mediación de Seguros, tales como gestión de cobro de primas de seguro y otros sobre la cartera global de pólizas de seguro que intermedia con las distintas compañías aseguradoras.

- Por último, se informa que dentro del grupo Aon existen otras sociedades que prestan determinados servicios a compañías aseguradoras tales como correduría de reaseguros, agencia de suscripción de seguros y/o consultoría, distintos e independientes a los Servicios de Mediación de Seguros prestados por Aon, pero que pueden estar relacionados con los riesgos objeto de cobertura, pudiendo aquéllas recibir comisiones u honorarios de las compañías aseguradoras por tales servicios.

- En el caso de precisar cualquier aclaración sobre el sistema de remuneración de Aon, podrá dirigirse a su interlocutor habitual en Aon, quien adquiere el compromiso de facilitar cuantas aclaraciones fueran necesarias a este respecto.

## (v) Resolución de conflictos de interés

El Grupo Aon dispone de una política de prevención de conflictos de interés.

## (vi) Protección de Datos Personales y Derechos Digitales.

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679 por el que se aprueba el Reglamento General de Protección de Datos ("RGPD") Aon ha implantado una Política de Seguridad que tiene como objetivo garantizar la aplicación de aquellas medidas de seguridad de carácter técnico y organizativo que sean necesarias, para en cada momento y teniendo en cuenta siempre el tipo de información o datos tratados, y el estado de la técnica, garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos personales tratados. De igual modo, Aon dispone de una Política de Privacidad conforme al RGPD y en la cual se detallan, entre otras cuestiones, el alcance, finalidades y base de los tratamientos de datos realizados. Ambas Políticas se encuentran disponibles en <http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp>.

Para la prestación de sus servicios de mediación y distribución de seguros, Aon recogerá y tratará los datos personales, incluyendo datos especialmente protegidos (principalmente, de salud) que Ud. nos proporcione, con la finalidad de prestar servicios de mediación de seguros privados, así como el mantenimiento, administración y gestión de su póliza de seguro, incluyendo la gestión de siniestros. Si no facilita los datos solicitados o, en su caso, no consiente su tratamiento para las finalidades especificadas, los servicios no podrán llevarse a cabo; es este sentido, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece el deber del tomador del seguro de declarar al asegurador, antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Si Ud. nos proporciona datos de terceras personas físicas Ud. deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en el presente documento.

Los datos se conservarán mientras sean necesario para la prestación de los servicios, y posteriormente durante el plazo de ejercicio de posibles reclamaciones derivadas de los mismos.

Sin perjuicio de que lean detenidamente la Política de Privacidad disponible en <http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp>, le facilitamos a continuación la información básica del tratamiento, donde se reflejan aquellas cuestiones más relevantes de las políticas anteriormente mencionadas:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	AON IBERIA CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.U. Delegado de Protección de Datos: <a href="mailto:dpd@aon.es">dpd@aon.es</a>
Finalidades y Legitimación	FINALIDADES: - Prestación de servicios de mediación de seguros privados. - Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados por Aon. - Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias. LEGITIMACIÓN: - Ejecución de un contrato. - Interés legítimo. - Cumplimiento de obligaciones legales.
Destinatarios	Entidades Aseguradoras con las que se coticen sus riesgos y se suscriban las pólizas de seguro, gabinetes médicos, centros sanitarios, peritos y otros terceros para la gestión de siniestros. Sociedades del Grupo Aon y otros terceros incluso basados en países fuera del Espacio Económico Europeo, tal y como se describe en la Política de Privacidad de Aon.
Derechos	Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal dirigido a Aon (C/ Velázquez 86D, C.P. 28006 de Madrid) o electrónico ( <a href="mailto:proteccion.datos@aon.es">proteccion.datos@aon.es</a> ), acreditando su identidad.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: <a href="http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp">http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp</a>

En el caso que tenga cualquier duda en relación con el tratamiento de sus datos de carácter personal, así como si desea presentar una queja o reclamación relativa al mismo, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos de Aon ([dpd@aon.es](mailto:dpd@aon.es)), en todo caso, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como autoridad de control en la materia ([www.aepd.es](http://www.aepd.es))

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

# Cuestionario de salud

NO ESCRIBA EN  
LOS CASILLEROS  
SOMBREADOS

# Adeslas

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de Solicitud \_\_\_\_\_

Nº Certificado \_\_\_\_\_

Nº Póliza \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS SANITARIO	TITULAR		ASEGURADO 1 (*)		ASEGURADO 2 (*)		ASEGURADO 3 (*)		
	Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		
	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	Peso _____ Estatura _____ Edad _____	
Nº	PREGUNTA	OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES	
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?  ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
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	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	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 .....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA .....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA .....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA .....	Motivo 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	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	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	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	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? Según lo que conoce de su actual estado de salud: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
7	¿Es o ha sido fumador?  ¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?  ¿Consumo o ha consumido estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día
8	Firma y Fecha								
9	Observaciones	<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado							

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

Quienes suscriben, declaran, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SegurCaixa 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. SegurCaixa 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, SegurCaixa 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).

(\*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros - Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España) - Inscrita en el R. M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492. NIF: A28011864

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 Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados por SegurCaixa 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, y 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 los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste. Asimismo el tomador y el asegurado autorizan a SegurCaixa Adeslas para el tratamiento de sus datos personales, excluidos los relativos a su salud, aun después de finalizada la relación contractual, con la finalidad de remitirles información por correo postal o por cualquier otro medio, sobre los productos y servicios comercializados por SegurCaixa Adeslas, por empresas integrantes de su grupo societario o por otras entidades colaboradoras, así como para contactar para la realización de encuestas de satisfacción, programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse solicitud escrita y firmada acreditando su identidad, al Responsable de Tramitación de los Derechos ARCO de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, Paseo de la Castellana, 259 C. planta 6ª de Madrid (28046). En caso de oposición al tratamiento y cesión de estos datos, 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.