

Colectivo: COAT Pontevedra

Mediador: _____

TOMADOR

Razón Social: Colegio Oficial de la Arquitectura Técnica de Pontevedra

CIF: Q3675003B

Domicilio: Rúa Enfesta de San Telmo, 23

Localidad: Pontevedra

CP: 36002

ASEGURADO

Nombre y apellidos: _____ **NIF:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Estado civil:** _____

Domicilio: _____ **CP:** _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Teléfono: _____ **E-mail:** _____

Profesión (actividad exacta que desarrolla): _____

Actividad profesional: Por cuenta propia Por cuenta ajena

¿Tiene previsto residir o viajar fuera de la Unión Europea por un periodo de tiempo superior a 6 semanas?

Sí, de 6 semanas a 6 meses Sí, más de 6 meses No

COBERTURAS

Alta

Modificación

Fallecimiento por cualquier causa: 6.000 €

Invalidez Permanente Absoluta: 6.000 €

DECLARACION DE SALUD DEL ASEGURADO

Peso: _____ **Altura:** _____

- | | | Sí | No |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | ¿Ha variado su peso más de un 10% en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ¿Fuma o ha fumado en los últimos tres años? Número de cigarrillos: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ¿Goza usted de buena salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, diabéticos u otras enfermedades? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ¿Padece algún defecto físico o psíquico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica o transitoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ¿Ha estado hospitalizado para observación o tratamiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ¿Alguna vez ha recibido o está esperando recibir tratamiento u hospitalización por alguna de las siguientes afecciones?: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a. Enfermedad del corazón, infarto, hipertensión u otros problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b. Diabetes, derrame cerebral o problemas de circulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c. Cáncer, tumores, leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | d. Hepatitis B y C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | e. Problemas en el sistema nervioso central o parálisis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | f. Problemas en el riñón (excluyendo piedras e infecciones) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ¿Sigue actualmente algún tratamiento médico o lo ha seguido en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿En los dos últimos años ha padecido alguna enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de 15 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Le han realizado la prueba del VIH en los últimos tres meses o de forma periódica? Si es sí, aporte informe médico y analítica con los resultados y carga viral. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ¿Realiza alguna actividad que entrañe peligro para su vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

La suscripción está supeditada a la valoración médica de este Cuestionario de Salud del Asegurado y en su caso, a los resultados de las pruebas médicas a las que deba someterse para cumplir con las normas de selección de riesgos establecidas por hna.
En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 4 a 12 es imprescindible que se detalle causa, fechas, historia clínica, etc.

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado

Recuerda: para más información, llama al teléfono de Atención al cliente **913 343 279**.

DATOS DEL SEGURO

Fecha de efecto: ____/____/____

BENEFICIARIOS

Fallecimiento: De no existir designación expresa, se considerarán como beneficiarios al cónyuge e hijos a partes iguales, y en su defecto, sus herederos legales.

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **NIF:** _____

Resto de garantías: El propio Asegurado.

El firmante declara ser ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados a la Entidad Aseguradora. El Tomador y, en su caso, el Asegurado, han sido informados de los extremos contenidos en los artículos 122 y 124 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y, en su caso, de los artículos 173 a 176 del Título I, Libro Segundo del Real Decreto-ley 3/2020 y de la normativa de consumidores y usuarios que resulte de aplicación y, en particular, pero sin limitación en la Ley 22/2007, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores. Asimismo, conocen las Condiciones Generales y Particulares y aceptan las mismas, en concreto las Cláusulas Limitativas y Exclusiones Expresas.

En relación con sus datos personales y en cumplimiento de la normativa en materia de protección de datos, hna le informa:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable:

Hermanidad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutuality de Previsión Social ("hna"), con CIF V28306678.

Finalidades:

Remitirle información comercial de su interés.

Categorías de datos:

Datos de identidad y de contacto. No se tratan datos especialmente protegidos.

Legitimación:

Consentimiento del interesado y el interés legítimo de hna.

Destinatarios:

No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos:

Puede usted acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional:

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la última página del presente documento.

Procedencia:

Colegio Oficial de la Arquitectura Técnica de Pontevedra

Marque a continuación si consiente el tratamiento de sus datos personales:

- Para el envío de comunicaciones comerciales y newsletters de hna.
- Para elaborar perfiles con fines comerciales.

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Quién es el Responsable del tratamiento de sus datos?

Hermanidad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social ("hna"), con CIF V28306678

Avenida de Burgos, 17. 28036 Madrid

Teléfono: 91 383 47 50

Correo electrónico: protecciondedatos@hna.es

Correo electrónico del delegado de protección de datos: dpo@hna.es

¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?

En hna tratamos sus datos con el fin de ofrecerle productos y servicios de hna y elaborar un "perfil comercial", con base en la información facilitada, si bien no se tomarán decisiones automatizadas con base en dicho perfil.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán durante un plazo indefinido, sin perjuicio de la posibilidad de, en cualquier momento, revocar su consentimiento.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

La base legal para el tratamiento de sus datos es el consentimiento que se le solicita, así como el interés legítimo de hna de contactar con una persona cuyos datos le ha facilitado un tercero.

¿A qué destinatarios podrá hna comunicar sus datos?

No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en hna estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Asimismo en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. hna dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Cuando sea técnicamente posible, podrán solicitar la portabilidad de sus datos a otro responsable de tratamiento.
- La revocación de los consentimientos dados para el tratamiento de sus datos personales.
- El ejercicio de tales derechos puede ser ejercitado mediante escrito dirigido al delegado de protección de datos de hna, en la sede social de hna, en Avenida de Burgos, 17, Madrid o a través del correo electrónico protecciondedatos@hna.es
- Frente a cualquier hecho que considerase una violación de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

¿Cómo hemos obtenido sus datos?

hna ha obtenido sus datos de Colegio Oficial de la Arquitectura Técnica de Pontevedra. Las categorías de datos que se tratan son los de identificación y los correspondientes a direcciones postales o electrónicas. No se tratan datos especialmente protegidos.

hna Accidentes Colectivos

Boletín de Adhesión (1/3)



Colectivo: COAT Pontevedra

Mediador: _____

TOMADOR

Razón Social: Colegio Oficial de la Arquitectura Técnica de Pontevedra

CIF: Q3675003B

Domicilio: Rúa Enfesta de San Telmo, 23

Localidad: Pontevedra

CP: 36002

ASEGURADO

Nombre y apellidos: _____ **NIF:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **Estado civil:** _____

Domicilio: _____ **CP:** _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Teléfono: _____ **E-mail:** _____

Profesión (actividad exacta que desarrolla): _____

Actividad profesional: Por cuenta propia Por cuenta ajena

DATOS DEL SEGURO

Fecha de efecto: ____/____/____

COBERTURAS Alta Modificación

Fallecimiento por accidente (1): 25.000 €

Invalidez Permanente Absoluta por accidente: 30.000 €

(1) Incluye el fallecimiento por infarto de miocardio **cuando sea declarado como accidente por el INSS.**

DECLARACION DE SALUD DEL ASEGURADO

Peso: _____ **Altura:** _____

		Sí	No
1	¿Fuma o ha fumado en los últimos tres años? Número de cigarrillos: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Goza usted de buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Padece algún defecto físico o psíquico? ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica o transitoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Ha tenido o tiene niveles de tensión arterial elevados, superiores a 140/90? En caso afirmativo, especifique valor y posibles tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Ha presentado niveles de colesterol o triglicéridos elevados? En caso afirmativo, especifique valores y posibles tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Asiste a consultas periódicamente o sigue algún tratamiento médico o lo ha seguido durante los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Practica actividades o deportes de riesgo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La suscripción está supeditada a la valoración médica de este Cuestionario de Salud del Asegurado y en su caso, a los resultados de las pruebas médicas a las que deba someterse para cumplir con las normas de selección de riesgos establecidas por hna. En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 3 a 7 es imprescindible que se detalle causa, fechas, historia clínica, etc.

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado

Recuerda: para más información, llama al teléfono de Atención al cliente **913 343 279.**

Avda. de Burgos, 17 • 28036 Madrid • hna.es

BENEFICIARIOS

Fallecimiento: De no existir designación expresa, se considerarán como beneficiarios al cónyuge e hijos a partes iguales, y en su defecto, sus herederos legales.

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** _____ **NIF:** _____

Resto de garantías: El propio Asegurado.

El firmante declara ser ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados a la Entidad Aseguradora. El Tomador y, en su caso, el Asegurado, han sido informados del extremo contenido en el artículo 122 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y, en su caso, de los artículos 173 a 176 del Título I, Libro Segundo del Real Decreto-ley 3/2020 y de la normativa de consumidores y usuarios que resulte de aplicación y, en particular, pero sin limitación en la Ley 22/2007, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores. Asimismo, conocen las Condiciones Generales y Particulares y aceptan las mismas, en concreto las Cláusulas Limitativas y Exclusiones Expresas.

En relación con sus datos personales y en cumplimiento de la normativa en materia de protección de datos, hna le informa:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable:

Hermandad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social ("hna"), con CIF 28306678.

V-

Finalidades:

Remitirle información comercial de su interés.

Categorías de datos:

Datos de identidad y de contacto. No se tratan datos especialmente protegidos.

Legitimación:

Consentimiento del interesado y el interés legítimo de hna.

Destinatarios:

No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos:

Puede usted acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional:

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la última página del presente documento.

Procedencia:

Colegio Oficial de la Arquitectura Técnica de Pontevedra.

Marque a continuación si consiente el tratamiento de sus datos personales:

- Para el envío de comunicaciones comerciales y newsletters de hna.
- Para elaborar perfiles con fines comerciales.

En Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Quién es el Responsable del tratamiento de sus datos?

Hermanidad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social ("hna"), con CIF V-28306678
Avenida de Burgos, 17. 28036 Madrid
Teléfono: 91 383 47 50
Correo electrónico: protecciondedatos@hna.es
Correo electrónico del delegado de protección de datos: dpo@hna.es

¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?

En hna tratamos sus datos con el fin de ofrecerle productos y servicios de hna y elaborar un "perfil comercial", con base en la información facilitada, si bien no se tomarán decisiones automatizadas con base en dicho perfil.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán durante un plazo indefinido, sin perjuicio de la posibilidad de, en cualquier momento, revocar su consentimiento.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

La base legal para el tratamiento de sus datos es el consentimiento que se le solicita, así como el interés legítimo de hna de contactar con una persona cuyos datos le ha facilitado un tercero.

¿A qué destinatarios podrá hna comunicar sus datos?

No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en hna estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Asimismo en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. hna dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Cuando sea técnicamente posible, podrán solicitar la portabilidad de sus datos a otro responsable de tratamiento.
- La revocación de los consentimientos dados para el tratamiento de sus datos personales.
- El ejercicio de tales derechos puede ser ejercitado mediante escrito dirigido al delegado de protección de datos de hna, en la sede social de hna, en Avenida de Burgos, 17, Madrid o a través del correo electrónico protecciondedatos@hna.es
- Frente a cualquier hecho que considerase una violación de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

¿Cómo hemos obtenido sus datos?

hna ha obtenido sus datos de Colegio Oficial de la Arquitectura Técnica de Pontevedra. Las categorías de datos que se tratan son los de identificación y los correspondientes a direcciones postales o electrónicas. No se tratan datos especialmente protegidos.