



Si desea darse de alta tan solo debe mandar:

- Solicitud correctamente cumplimentada, con las firmas originales.
- Ley de Protección de datos firmada por el tomador
- Fotocopia del DNI del tomador
- Fotocopia del carnet de afiliado de al menos uno de los asegurados.
- Si proviene de otra compañía puede eliminar sus carencias, (excepto parto) enviando fotocopia de el último recibo y de su anterior póliza o tarjeta sanitaria.

Si desea contratar HNA envíe la documentación a la dirección:

Eduardo Morón González
Grupo55
Paseo Pastrana,1
ALCALÁ DE HENARES 28803
MADRID

Si desea contratar Aresa, también puede enviarlo por correo electrónico o por fax a:

Moronsegueros@grupo55.es

Fax 918892299



Intermediario

TOMADOR

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Profesión (actividad exacta que desarrolla)

Actividad profesional: Por cuenta propia Por cuenta ajena

¿Se incorpora como asegurado a esta póliza? Sí No

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)

COBERTURA Solicitud de: Alta Modificación

• **Reembolso de Gastos:** Selecto Excelente Esencial

Límite reembolso en extranjero: 30.000 € 90.000 € (sólo Esencial) 150.000 € (sólo Selecto y Excelente)

• **Asistencia Sanitaria:** Personal Básico

DOMICILIACIÓN BANCARIA. Autorizo a hna a girar a mi cuenta bancaria las primas y prestaciones de este seguro.

Banco o Caja

Dirección

Localidad

Entidad	Oficina	DC	Número de Cuenta

Forma de pago de las primas: Mensual Trimestral Semestral Anual

El abajo firmante declara ser ciertos y veraces los datos y contestaciones anteriormente expresadas, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos. Asimismo, declara haber sido informado de los extremos contenidos en el artículo 104 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y, en su caso, del contenido de los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Igualmente, declara conocer las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, prestando su conformidad al contenido de la misma, en concreto a las Cláusulas Limitativas y Exclusiones expresas. A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que sus datos personales, reflejados en este documento o que en un futuro se recaben, serán incluidos en un fichero de hna al objeto de mantener la relación contractual aseguradora, así como con la finalidad de facilitar la gestión y comercialización de otros productos, consultar los datos en posteriores solicitudes de aseguramiento, todo ello incluso una vez resuelto el contrato, pudiendo ser cedidos los mismos, para las finalidades antes indicadas, a las empresas que pertenezcan a grupo hna, dedicado a actividades de seguros, mediación, servicios y actividades financieras. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos, deberá dirigirse a Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, avenida de Burgos 19 de Madrid, acompañando fotocopia de su Documento Nacional de Identidad. Le comunicamos su obligación de informar a aquellas personas a las que como firmante se refiera en este documento, del tratamiento de datos que se va a realizar, según la presente cláusula, así como del lugar para el ejercicio de sus derechos.

Fecha de efecto del seguro / /

En a de de

Firma del Tomador

grupo hna, dedicado a actividades de seguros, mediación, servicios y actividades financieras, está formado por: Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija (hna) • hna Gestión de Pensiones, Entidad Gestora de Fondos de Pensiones, S.A. • hna Servicios Corporativos de Seguros y Pensiones, S.A. • hna Hermandad Nacional de Arquitectos, Correduría de Seguros, vinculada a la Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, S.L. • Gestiohna Diseño Patrimonial, Agencia de Valores, S.A. • Hermandad de Arquitectos Superiores Agencia de Seguros Exclusiva, S.A. • Sahna-e, Servicios Integrales de Salud, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Marque esta casilla si no desea ser informado de nuestros productos o servicios o de los de otras empresas de grupo hna, o bien indíquenoslo por escrito en la dirección abajo indicada señalando su nombre y apellidos, DNI y dirección completa.

ASEGURADO 1

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)

En a de de

Firma del Asegurado 1**ASEGURADO 2**

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)

En a de de

Firma del Asegurado 2**ASEGURADO 3**

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)

En a de de

Firma del Asegurado 3**ASEGURADO 4**

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)

En a de de

Firma del Asegurado 4

DECLARACIÓN DE SALUD	Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
Peso:
Altura:
	Sí No				
1 ¿Fuma o ha fumado en los últimos tres años? ¿Cuántos cigarrillos al día?:	<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 habido en su familia enfermos de corazón, diabéticos u otras enfermedades?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
5 ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación o tratamiento médico o quirúrgico o ha precisado tratamiento psiquiátrico o psicológico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
6 ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
7 ¿Sigue actualmente algún tratamiento médico o lo ha seguido en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
8 ¿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"/>				
9 ¿Presenta algún trastorno de fertilidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Los abajo firmantes declaran ser ciertos y veraces los datos y contestaciones anteriormente expresadas, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.					
<i>Para Asegurados menores de edad debe firmar el Tomador del Seguro</i>					
	Firma Tomador	Firma Asegurado 1	Firma Asegurado 2	Firma Asegurado 3	Firma Asegurado 4
La suscripción de esta póliza para cada Asegurado está supeditada a la valoración médica de su Cuestionario de Salud					
En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 3 a 9 es imprescindible que se detalle causa, fechas, historia clínica, etc.					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

NOTA INFORMATIVA

(Artículo 104 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados)

Entidad aseguradora

- Denominación Social: Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores. Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija.
- Forma Jurídica: Mutualidad de Previsión Social.
- Dirección: Avenida de Burgos, 19 - 28036 Madrid.
- Estado miembro del domicilio de la Entidad: España.

Autoridad de control y supervisión de la actividad

- Autoridad de Control: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Estado miembro de la Autoridad de Control: España.

Legislación aplicable al contrato

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguros.
- Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre.
- Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por R. D. 2486/1998, de 20 de noviembre.
- Reglamento de Mutualidades de Previsión Social aprobado por R.D. 1430/2002, de 27 de diciembre.
- Condiciones Generales del contrato.
- Condiciones Particulares del contrato.

Instancias de reclamación

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrá plantear una reclamación ante:

- Centro de Atención de Reclamaciones
Si el asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la oficina o servicio objeto de la queja o reclamación, podrá formularla ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación, con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

- Comisionado para la Defensa del Cliente (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones)
Debiéndose acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición.
- Juzgados y Tribunales
En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del asegurado.

Avda. de Burgos, 19 • 28036 Madrid • Tel.: 91 383 47 00 Fax: 91 383 47 01 • www.hna.es

Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija. Inscrita en el Registro de Entidades de Previsión Social con el nº 3028. C.I.F.: V28.306.678. Registro Mercantil de Madrid. Tomo 14912. Sección 8. Folio 160. Hoja M.62064.

DEBER DE INFORMACION CONFORME AL ART. 42 DE LA LEY DE MEDIACION DE SEGUROS Y REASEGUROS PRIVADOS.

Las cláusulas informativas que a continuación se detallan corresponden al deber de información conforme a la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados de la entidad **G-55 Correduría de Seguros, S.L.**, (en adelante La Correduría) con cif nº B81813412, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, y con domicilio social en Alcalá de Henares, Paseo de Pastrana nº 1 (Madrid).

PRIMERO. Actividad y Registro.

La Correduría desempeña una actividad mercantil que, conforme el Art. 26.1 de la Ley 20/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, conste en la mediación en los contratos de seguros privados, sin mantener vínculos contractuales y que supongan afección con entidades aseguradoras, ofreciendo asesoramiento independiente, profesional e imparcial a quienes demanden la cobertura de los riesgos que se encuentren expuestos sus personas, sus patrimonios, sus intereses o responsabilidades.

La Correduría se encuentra inscrita en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros, de corredores de reaseguros y de sus altos cargos con el número de registro **J1676**. Dicho registro es público y puede ser consultado remitiendo escrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, o bien consultado en la página Web de la misma: <http://www.dgsfp.mineco.es>.

SEGUNDO. Servicio de Atención al Cliente.

La Correduría dispone de un Servicio de Atención al Cliente para atender y resolver las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de dos meses desde la fecha de presentación. Dichas quejas pueden interponerse ante CEVS Gestión de Redes S.L.U., con domicilio en Madrid, c/ López de Hoyos, 190

TERCERO. Protección de datos de carácter personal.

De conformidad con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, el Cliente queda informado de que los datos de carácter personal solicitados por La Correduría serán objeto de tratamiento y registro en un fichero automatizado.

La recogida y tratamiento de los Datos Personales tiene como finalidad el mantenimiento de la relación establecida entre La Correduría y sus Clientes: el asesoramiento e información en la contratación y durante la vigencia de los contratos de seguro y productos financieros, asistencia y asesoramiento en caso de siniestro, así como el envío, por medios tradicionales y electrónicos, de información acerca de productos y servicios ofrecidos por la Correduría, actualmente y en el futuro.

Igualmente, el Cliente autoriza a que la Correduría le mande información o publicidad sobre sus productos aun en el caso de no tener ningún contrato de seguro en vigor en ese momento.

Asimismo el Cliente consiente en la cesión de los datos a las Entidades Aseguradoras para la confección de los proyectos y ofertas, emisión de seguros pertinentes y gestionar las prestaciones derivadas de los mismos, incluso la modificación subjetiva de la Aseguradora llegado el vencimiento del contrato.

Asimismo, se informa al Cliente de que puede ejercitar en todo momento, en relación con sus datos de carácter personal facilitados, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, para lo que deberá dirigirse por escrito a la Correduría, como responsable del tratamiento de dichos datos, en el domicilio social indicado en la cabecera de este documento.

En cumplimiento de lo previsto en la LOPD y en el R.D. 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, la Correduría ha adoptado las medidas de índole técnica y organizativa necesarias para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal que el Cliente le facilite, así como para evitar su alteración, pérdida o tratamiento no autorizado.

CUARTO. Análisis objetivo.

El asesoramiento en materia de seguros privados que corresponde a la actividad de la Correduría se realiza por parte de esta mediante un análisis objetivo sobre la base de un estudio previo de un número suficiente, nunca inferior a tres, de contratos de seguro de entre los existentes en el mercado asegurador, para el riesgo objeto de la cobertura, que permite a la Correduría formular una proposición de aseguramiento adecuada a las necesidades del Cliente.

NOMBRE: _____

D.N.I. _____

Fdo.: _____