

Datos generales

Mediador _____ | Clave _____ | Delegación _____

Tomador:

Nombre / Razón Social: _____ N.I.F. / C.I.F.: _____

Domicilio Fiscal: _____

Población: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Idioma: Catalán Castellano Profesión habitual: _____

Domiciliación bancaria: _____ Prima Total Anual _____

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual Única

Asegurado: (sólo si es diferente del tomador)

Nombre / Razón Social: _____ N.I.F. / C.I.F.: _____

Domicilio Fiscal: _____

Población: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Profesión habitual: _____

1 Tipo de producto:

ANUAL RENOVABLE TEMPORAL Duración _____ años

Capital asegurado por fallecimiento: _____

Capital asegurado por invalidez: _____

Garantías Complementarias:

- Invalidez Absoluta y Permanente
 - Invalidez Absoluta y Permanente por accidente
 - Invalidez Absoluta y Permanente por accidente de circulación
- Fallecimiento por accidente
 - Fallecimiento por accidente de circulación
- Enfermedades graves: _____
- Invalidez Permanente Total: Capital _____

Beneficiarios: _____

2 Cuestionario de Salud:

Este cuestionario debe ser contestado en su totalidad por el asegurado. En caso de respuestas afirmativas, debe facilitar la máxima información.

1. Altura _____ cm Peso _____ Kg Tensión Arterial: _____ ¿Es hipertenso? Sí NO
2. ¿Usted fuma? NO Sí Cantidad _____
3. ¿Consumo bebidas alcohólicas? NO Sí Cantidad _____

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. ¿Hay razones que le impidan afirmar que tiene un buen estado de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha estado hospitalizado o sometido a alguna intervención quirúrgica en alguna ocasión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Sufre algún tipo de malformación, amputación o minusvalía física o psíquica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha sufrido o sufre cáncer o alguna enfermedad maligna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha sido visitado por un médico en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha estado de baja de trabajo por enfermedad o accidente en los últimos 10 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Está pendiente de alguna intervención quirúrgica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Es seropositivo para el virus VIH? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Detalle las respuestas afirmativas: _____

12. Marque con una X si sufre o ha sufrido alguna de las enfermedades siguientes. En tal caso, indique la fecha de ocurrencia, detalles y secuelas de la misma en las líneas punteadas:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades o defectos en los ojos | <input type="checkbox"/> Del oído | <input type="checkbox"/> De la nariz |
| <input type="checkbox"/> De la garganta | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Del corazón |
| <input type="checkbox"/> Del aparato circulatorio | <input type="checkbox"/> Del aparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Del aparato digestivo | <input type="checkbox"/> De la piel | <input type="checkbox"/> Del riñón |
| <input type="checkbox"/> De las vías urinarias | <input type="checkbox"/> Del sistema nervioso | <input type="checkbox"/> De la sangre |
| <input type="checkbox"/> Hereditarias | <input type="checkbox"/> De la próstata | <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas |
| <input type="checkbox"/> Endocrinas | <input type="checkbox"/> Reumáticas | <input type="checkbox"/> Mentales |
| <input type="checkbox"/> Quistes | <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> Hemorragias |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> Otras _____ | |

13. ¿Practica algún deporte? NO SÍ ¿Cuáles? _____
14. ¿Conduce motocicleta? NO SÍ ¿Cilindrada? _____
15. ¿Actualmente tiene contratado algún seguro de vida? NO SÍ ¿Compañía y capitales? _____

El firmante declara que las respuestas y afirmaciones que anteceden son ciertas, no habiendo ocultado nada que pueda desvirtuar la apreciación del riesgo, comprendiendo que en el caso de declaraciones incorrectas o no verdaderas serán de aplicación los artículos 10º y concordantes de la Ley del Contrato de Seguro, PRODUCIÉNDOSE SI MEDIÓ DOLO O CULPA GRAVE EN LA DECLARACIÓN, LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO. Asimismo, como tomador del seguro, es conocedor de las garantías y opciones ofrecidas por el Asegurador y se obliga a informar a todos los asegurador-beneficiarios de los derechos y obligaciones que afecten a los mismos con la formalización de la póliza o documentado de asociación. Asimismo, el abajo firmante declara haber recibido en el momento de formalizar la presente solicitud, la información a que se refiere el artículo 104 y siguientes del reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros privados (RD 2486/1998 de Noviembre, BOE nº 282,25.11.98), y por lo tanto declara tener conocimiento de la legislación aplicable al contrato, de las diferentes acciones e instancias de reclamación tanto internas como externas, utilizables en caso de litigio, así como el procedimiento a seguir.

El firmante consiente expresamente el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal a los efectos de la suscripción del seguro, así como la cesión de dichos datos a otras entidades, aseguradores y/o reaseguros con el objeto de facilitar la gestión o tramitación de posibles siniestros, y a otras instituciones colaboradoras del sector asegurador con fines estadístico-contables y de lucha contra el fraude.

El solicitante es conocedor de que la presente solicitud, previa aceptación por parte de la entidad aseguradora, formará parte integrante el contrato de seguro que, como consecuencia de la misma, se emita, tomando efecto en la fecha que se fije en la póliza.

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

El Mediador,

El Tomador y/o Asegurado,

(ES IMPRESCINDIBLE LA FIRMA DEL TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO PARA DAR PLENA VALIDEZ A ESTE DOCUMENTO).

Información para el candidato a Tomador del Seguro

Legislación Aplicable: Ley 50/80, de Contrato de Seguro; Real Decreto Legislativo 6/2004 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Orden ECO/ 734/2004 de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y defensor del cliente de las entidades financieras. Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Instancias de Reclamación:

- Interna: Departamento de Atención al Cliente de Asefa, S.A., sito en la Avda. de Manoteras 32, edificio A de Madrid, teléfono 917812200 fax 917812222, correo electrónico atencionalcliente@asefa.es.
- Administrativa: Mediante escrito dirigido al Comisionado para la Defensa del cliente de la Dirección General de Seguros y de Fondos de Pensiones, sito en Paseo de la Castellana 44 de Madrid.