

# SOLICITUD DE SEGURO

## TOMADOR / ASEGURADO

Nombre ..... Apellidos .....

Dirección ..... N° ..... Esc ..... Puerta .....

C. P. .... Localidad ..... Provincia .....

Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## FORMA DE PAGO Y DOMICILIACIÓN BANCARIA

Anual                      Semestral (recargo 2%)                      Trimestral (recargo 4%)

**Prima mínima por recibo 60€**

Banco o caja: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Dígito control \_\_\_ N° Cuenta \_\_\_\_\_

**Utilizar los 20 dígitos**

## FECHA DE EFECTO

Fecha en la que se desea que sea efectiva la cobertura. DÍA \_\_ MES \_\_ AÑO \_\_

Marque el tipo de seguro e indique los capitales que desea

### SEGURO DE VIDA

Capital de fallecimiento \* ..... €

Capital de invalidez \* ..... €

### SEGURO DE ACCIDENTES

Capital de fallecimiento \* ..... €

Capital de invalidez \* ..... €

\* Capital máximo asegurable 120.000€. Para capitales superiores consulte a la entidad aseguradora

**BENEFICIARIOS**

Seleccionar e incluir en cada una de las casillas la letra o letras de los beneficiarios que se desee por orden de preferencia:

	1º	2º	3º	4º
A) Tomador    B) Cónyuge    C) Hijos    D) Herederos legales				

Otros beneficiarios: .....

El asegurado reconoce la exactitud de las declaraciones anteriores y solicita que sirvan de base para la elaboración del contrato de seguro, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad. El seguro al que se refiere, unicamente tomará efecto cuando la póliza correspondiente haya sido formalizada por las dos partes contratantes y la Compañía haya recibido la prima anual, o la prima del primer recibo.

**CONSTITUCIÓN FÍSICA**

PESO..... Kg.                      ESTATURA        .....cm                      TENSIÓN MÁXIMA .....                      TENSIÓN MÍNIMA .....

**HABITOS**

Consumo diario de tabaco .....                      Si fumaba anteriormente, ¿Cuánto? .....                      Año de suspensión .....

Deportes que practica en su vida privada y/o actividades peligrosas.....

.....

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

¿Ha habido en familiares cercanos casos de diabetes, hipertensión, infarto de miocardio, cáncer, trastornos mentales, epilepsia, por debajo de los 50 años ? .....

¿Se ha practicado pruebas genéticas específicas por sospechas de algún tipo de enfermedad familiar?                      SI                      NO

**ESTADO DE SALUD**

¿Se encuentra Ud. Actualmente en buen estado de salud?                      SI                      NO

¿Ha interrumpido su trabajo por salud durante más de 15 días en los últimos 5 años?                      SI                      NO

¿Tiene alguna limitación física o invalidez?                      SI                      NO

¿Padece o ha padecido enfermedades relacionadas con ...?. Marcar con X en caso afirmativo

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1 - Vías respiratorias<br>Asma, tuberculosis,<br>pulmonía, bronquitis, ... | 2 - Sistema nervioso<br>Neuralgia, vértigo, epilepsia,<br>depresiones, ...  | 3 - Vías urinarias<br>Enfermedades sexuales, riñones,<br>vejiga, próstata, ...                          |
| 4 - Tumores<br>Malignos o benignos   | 5 - Metabolismo o sangre<br>Diabetes, colesterol, gota,<br>anemia, ...      | 6 - Columna vertebral<br>Hernias, lumbalgias, ciática,<br>traumatismos, ...                             |
| 7 - Aparato digestivo<br>Estómago, hígado, páncreas, ...                   | 8 - Sentidos<br>Vista, sordera, ...   | 9 - Sistema circulatorio<br>Infarto, anginas, arritmias,<br>hipertensión ...                            |
| 10 - Sistema óseo<br>Artrosis, reumatismo, ...                             | 11 - Antecedentes vasculares<br>Embolia, trombosis, varices,<br>hemorragias | 12 - Otras enfermedades no indicadas<br>Infección severa, cáncer, sida,<br>enfermedades tropicales, ... |

Detallar en caso de respuesta afirmativa: *(cuándo comenzó, cuánto duró, si persiste, doctor que le atendió y tratamiento, tiempo que dejó de trabajar)* .....

.....

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Ha sufrido alguna lesión o enfermedad de carácter grave? | SI | NO |
| ¿Tiene mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?    | SI | NO |
| ¿Es usted zurdo?  | SI | NO |

El tomador del seguro y la persona asegurada declara que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asume íntegramente a los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro de 8/10/1980. Asimismo la persona asegurada autoriza a la compañía a solicitar información a los médicos o centros que pidieran haberle prestado asistencia médica y otorga de conformidad a la Ley Orgánica 5/1992 de 29 de Octubre sobre tratamiento automatizado de datos de carácter personal, su consentimiento expreso para que pueda ser tratado de forma automatizada y pueda ser cedida a otras entidades aseguradoras a fin de facilitar la tramitación de siniestro y a instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro.

EL TOMADOR DEL SEGURO DECLARA HABER RECIBIDO LA INFORMACIÓN A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 60 DE LA LEY 30/1995

En ..... a las ..... horas del ..... de ..... de 201.....

firmado