

SOLICITUD DE SEGURO

MOD. S181019

PROD.	Nº de póliza	Nombre U.A.	Cód. U.A.	Cód. Mediador	Cód. Captador	Cód. Cobrador	Cód. Inspector	Póliza nueva	
18								Suplemento	
Fecha de efecto		Forma de pago - Marcar una x en la opción deseada							
		ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>							
Sustituye a									
¿Emitir 1º recibo físico?									
Conteste Sí o No									

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido						
Fecha de nacimiento		Nacionalidad			D.N.I./C.I.F./N.I.E.				Sexo	
									H M	
Teléfono/s				Correo electrónico						
Tipo vía		Nombre vía				Nº	Esc.	Piso	Letra	
Provincia		Localidad				C.P.				

DATOS BANCARIOS

Número de cuenta adeudo (IBAN):

ASEGURADOS

ATENCIÓN- el nº asignado a cada Asegurado(Nº ORD) deberá respetarse en toda la solicitud si existieran más de seis asegurados, incluir en la hoja anexa preparada para tal efecto

Nº ORD	Asegurado	Sexo	Fecha de nacimiento	D.N.I.	Tipo de Prima
1	Nombre y apellidos		/ /	D.N.I:	Mixta
2	Nombre y apellidos		/ /	D.N.I	Mixta
3	Nombre y apellidos		/ /	D.N.I:	Mixta
4	Nombre y apellidos		/ /	D.N.I:	Mixta
5	Nombre y apellidos		/ /	D.N.I:	Mixta
6	Nombre y apellidos		/ /	D.N.I:	Mixta

SERVICIO DE DECESOS

Categoría del Servicio Suma asegurada €

GARANTIAS COMPLEMENTARIAS

<input checked="" type="checkbox"/>	Traslado completo
<input checked="" type="checkbox"/>	Gestiones ante organismos públicos por fallecimiento
<input checked="" type="checkbox"/>	Borrado Digital en caso de fallecimiento

PRIMA TOTAL	Prima Neta Decesos	Prima Neta Complementarios	Impuestos	Prima Total Anual

OBSERVACIONES

En.....a.....de.....de 20.....

EL TOMADOR DEL SEGURO

Campos a cumplimentar por la compañía

PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., Arminza, 2- 28023 Madrid. Tel.: 91 710 25 10 - Fax.: 91 710 26 66 C.I.F.: A-28027332

Los datos contenidos en este documento forman parte integrante de la solicitud de fecha _____ / _____ / _____

PROD.	Nº de póliza	Tomador del seguro
18		

CUESTIONARIO DE SALUD

•Asegurado 1, Nombre:

SI	NO
----	----

1 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad (física o psíquica) crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...) en caso afirmativo, descríbase:

--	--

2 ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente? (En caso afirmativo, descríbase)

--	--

3 ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

--	--

•Asegurado 2, Nombre:

SI	NO
----	----

1 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad (física o psíquica) crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...) en caso afirmativo, descríbase:

--	--

2 ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente? (En caso afirmativo, descríbase)

--	--

3 ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

--	--

•Asegurado 3, Nombre:

SI	NO
----	----

1 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad (física o psíquica) crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...) en caso afirmativo, descríbase:

--	--

2 ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente? (En caso afirmativo, descríbase)

--	--

3 ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

--	--

•Asegurado 4, Nombre:

SI	NO
----	----

1 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad (física o psíquica) crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...) en caso afirmativo, descríbase:

--	--

2 ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente? (En caso afirmativo, descríbase)

--	--

3 ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

--	--

•Asegurado 5, Nombre:

SI	NO
----	----

1 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad (física o psíquica) crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...) en caso afirmativo, descríbase:

--	--

2 ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente? (En caso afirmativo, descríbase)

--	--

3 ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

--	--

•Asegurado 6, Nombre:

SI	NO
----	----

1 ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad (física o psíquica) crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...) en caso afirmativo, descríbase:

--	--

2 ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente? (En caso afirmativo, descríbase)

--	--

3 ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

--	--

El Tomador del Seguro, los Asegurados, y todos si se trata de personas distintas:

1. Reconocen que todas las declaraciones son veraces, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y la fijación de la prima.
2. Quedan informados de que los datos recogidos en la presente solicitud son necesarios para la valoración del riesgo así como para la formalización del contrato y para el mantenimiento de la relación contractual.

3. POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Responsable del tratamiento de datos personales: Preventiva, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Finalidad: Realizar las gestiones precontractuales necesarias para la propuesta y formalización de un contrato de seguro. Cumplir con las obligaciones derivadas del contrato de seguro, así como con las obligaciones legales que son necesarias para la gestión de la actividad aseguradora. Realizar acciones comerciales por cualquier medio (correo postal, electrónico en caso de que no se hubiera manifestado oposición, SMS o teléfono) de los propios productos de seguro de la Entidad que pudieran ser de interés para el titular de los datos. Valorar el riesgo en el momento de la contratación y durante toda la vigencia del contrato. Elaborar perfiles con fines comerciales, a los efectos del diseño y comercialización de productos de seguros ofrecidos por la Entidad.

Legitimación: La base legal para el tratamiento de los datos se fundamenta en la suscripción y ejecución del contrato de seguro, así como en el cumplimiento de las obligaciones legales de la Entidad, el interés legítimo y el consentimiento del interesado.

Destinatarios: Los datos personales facilitados por el interesado podrán ser comunicados a entidades del Grupo Preventiva, a mediadores de seguros, a prestadores de servicios, a otras entidades aseguradoras o reaseguradoras, a organismos públicos y a autoridades competentes. No se comunicarán los datos facilitados a otros terceros, ni se realizarán transferencias internacionales, salvo consentimiento expreso de su titular.

Derechos de los interesados: Los interesados tienen derecho a acceder, rectificar y suprimir sus datos, a limitar u oponerse a su tratamiento y a solicitar su portabilidad, tal y como se explica en la información adicional de la Política de Privacidad que puede consultar en la página web de la compañía: www.preventiva.com, así como en las Condiciones Generales de la póliza de seguro.

SI, consiento el tratamiento de mis datos con la finalidad de recibir información sobre productos de seguros y ofertas del Grupo Preventiva, por cualquier medio (correo postal, electrónico, sms o teléfono), así como para la elaboración de perfiles con fines comerciales.

NO, consiento el tratamiento de mis datos con la finalidad de recibir información sobre productos de seguros y ofertas del Grupo Preventiva, por cualquier medio (correo postal, electrónico, sms o teléfono), así como para la elaboración de perfiles con fines comerciales.

Con la firma de la presente solicitud el tomador y/o asegurado reconocen que todas las declaraciones efectuadas son veraces, conociendo su importancia para la valoración del riesgo y la fijación de la prima del seguro; y manifiestan su conformidad con lo dispuesto en la política de privacidad, que reconocen haber leído y aceptado.

4. Declara haber recibido, con anterioridad a la celebración del contrato, la nota informativa del seguro contratado, así como el IPID entregado con la información que indica la legislación vigente.

En.....a.....de.....de 20.....

LOS ASEGURADOS

--

EL TOMADOR DEL SEGURO

--

Campos a cumplimentar por la compañía