

Delegación / Subdelegación:

Mediador:

Fecha de Entrada en Delegación / Subdelegación:

**Solicitante/Tomador del Seguro:**

Profesión:	Actividades de riesgo:	N.I.F.:
Domicilio:		Cód. Postal:
Localidad:		Provincia:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:

**Asegurado (si es distinto al Solicitante/Tomador):**

Profesión:	Actividades de riesgo:	N.I.F.:
Domicilio:		Cód. Postal:
Localidad:		Provincia:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	Correo electrónico:

**Beneficiario(s):**

En caso de Incapacidad: El propio Asegurado salvo indicación expresa del Tomador.

En caso de fallecimiento:

**Forma de Pago:**     Anual     Semestral     Trimestral

**Garantías del seguro solicitadas:**

Fallecimiento por cualquier causa.    Capital a Asegurar:     30.000 euros     60.000 euros     100.000 euros

Crecimiento:     IPC     3 % anual     5 % anual     Sin crecimiento

Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa     Si     No

Fallecimiento por accidente (Capital adicional)     Si     No

En caso de que el capital solicitado supere los 100.000 euros, deberá cumplimentarse la Solicitud Ampliada.

**Domiciliación Bancaria:**

**Código Cuenta Cliente (C.C.C.)**

Entidad	Oficina	D.C.	N.º Cuenta

**Modalidad de Seguro:**

Temporal Anual renovable.

**Declaración del Asegurado**

1.- Estatura cm. \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ - Kg.

2.- ¿Está incapacitado total o parcialmente o presenta algún defecto físico invalidante?     Si     No

3.- ¿Durante los 3 últimos años ha interrumpido su actividad laboral como consecuencia de enfermedad o accidente por un periodo de más de 10 días?     Si     No    ¿Se encuentra en situación de baja laboral actualmente?     Si     No

4.- ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardíacas, enfermedades neurológicas, accidentes cerebro vasculares, cáncer/tumor, enfermedad degenerativa del sistema nervioso, síndrome o malformación congénita, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas, VIH/SIDA u otras enfermedades graves?     Si     No

Si ha contestado afirmativamente alguna de las cuestiones indicadas, describa la fecha de ocurrencia, la patología y el tratamiento recibido, así como el centro médico u hospitalario donde recibió el tratamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A. (en adelante, ASISA), a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones declaradas, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos.

De conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguros, Usted cuenta con un plazo de treinta días desde el momento en que reciba su póliza para examinar detenidamente las condiciones de la misma, y anularla en caso de no estar conforme, teniendo derecho al reintegro del importe abonado, excepto en la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

Las declaraciones del Tomador y del Asegurado constituyen la base del Contrato que se solicita. Toda declaración inexacta que influya en la valoración del riesgo dará lugar a la nulidad del Contrato quedando a favor de la Entidad Aseguradora la prima o fracción de ella ya satisfecha. Los firmantes manifiestan que son exactas las declaraciones que acompañan a la presente solicitud.

El tomador y el asegurado dan su consentimiento expreso a que los datos personales proporcionados, incluidos los de salud, así como cualquier otro dato que pudiera ser facilitado por los mismo en el curso de la relación contractual, sean incluidos en un fichero automatizado, responsabilidad de ASISA con la finalidad –entre otros- de dar cumplimiento a la relación contractual, la prevención e investigación del fraude, la gestión y el desenvolvimiento propio de la actividad aseguradora, la valoración y delimitación del riesgo, así como el envío por parte de la misma de comunicaciones relativas a cualesquiera de sus productos o servicios.

Los citados datos, incluidos los de salud, serán objeto de tratamiento por ASISA, así como por parte de aquellas otras entidades públicas o privadas que intervengan en la gestión de su actividad.

La ausencia de respuesta a las preguntas formuladas o la falta de veracidad sobre las mismas, impedirá gestionar la solicitud, siendo por ello obligatorio contestar verazmente.

El tomador del seguro y el asegurado asumen, asimismo, el compromiso de informar a los beneficiarios del contenido de la presente cláusula y de obtener el consentimiento de los beneficiarios, a los fines de que por parte de los mismos se faciliten sus datos personales a ASISA.

Igualmente, el tomador y asegurado prestan su consentimiento para que ASISA comunique sus datos a los beneficiarios, con el objeto de llevar a cabo las gestiones relacionadas con el seguro.

El tomador y el asegurado manifiestan su conformidad a las cesión a ficheros comunes de los datos que les sean recabados a lo largo del contrato, con la finalidad de proceder a la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial para poder llevar a cabo la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora de acuerdo con lo establecido en el art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y en la Disposición Adicional 6ª de la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre.

El tomador y asegurado consienten de manera expresa el envío por parte de ASISA de información sobre productos o servicios propios o de terceros, así como la cesión de sus datos a entidades colaboradoras de la Entidad.

Los titulares de los datos podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose a ASISA, Departamento de Asesoría Jurídica, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº 10, Madrid 28027.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Tomador del seguro,

El Asegurado (si es distinto del Tomador)