

Cliente/Producto: 22594 / 408017**Delegación:****Mediador:****Código:****N.I.F./N.I.E.:****TOMADOR DEL SEGURO****Fecha efecto (obligatorio):** / /

N.I.F./N.I.E.

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /

Sexo Hombre Mujer

Estado Civil

Profesión (actividad que realiza):

Actividades de riesgo (trabajo/ocio): Sí No Describa:

Domicilio

Código Postal

Población

Provincia

Tel. fijo

Tel. Móvil (obligatorio)

Correo Electrónico (obligatorio)

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

IBAN

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual**ASEGURADO 1 (si es distinto del tomador)**

N.I.F./N.I.E.

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /

Sexo Hombre Mujer

Estado Civil

Profesión (describa en qué trabaja, qué hace):

Actividades de riesgo (trabajo/ocio): Sí No Describa:

Domicilio

Código Postal

Población

Provincia

Tel. fijo

Tel. Móvil (obligatorio)

Correo Electrónico (obligatorio)

BENEFICIARIO(S) (a falta de designación expresa, herederos legales)En caso de seleccionar herederos legales no es necesaria la designación expresa
En caso de incapacidad el beneficiario es el asegurado salvo designación expresa del tomador**GARANTÍAS Y OPCIONES**

Capital a asegurar (desde 18.000 hasta 600.000€):

Fallecimiento por cualquier causa (obligatoria):

 Sí No

Incapacidad permanente y absoluta por cualquier causa:

 Sí No

Fallecimiento accidente:

 Sí No

Incapacidad permanente y absoluta por accidente:

 Sí No

Fallecimiento accidente de circulación:

 Sí No

Incapacidad permanente y absoluta por accidente de circulación:

 Sí NoCáncer ginecológico femenino: Sí No 10.000 € 20.000 € 30.000 €

(Este capital no puede superar al capital solicitado por fallecimiento)

No olvide incluir la fotocopia de su DNI o documento identificativo

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

- 1.- Estatura Cms. Peso Kgs.
- 2.- ¿Está incapacitado total o parcialmente, presenta algún defecto invalidante o ha iniciado algún trámite para obtención de la incapacidad?
 Sí No Detalle:
- 3.- a) Durante los 5 últimos años ¿ha interrumpido su actividad como consecuencia de enfermedad / accidente por más de 10 días seguidos?
 Sí No Fecha y motivo:
- b) ¿Se encuentra en situación de baja laboral o médica actualmente? (no considerar baja por maternidad o paternidad)
 Sí No Detalle:
- 4.- ¿Fuma o ha fumado anteriormente? ¿Consume o ha consumido alcohol o drogas?
 Sí No Cantidad, tipo y frecuencia:
- 5.- ¿Toma alguna medicación, está siguiendo o le han recomendado algún tratamiento médico o quirúrgico, o está pendiente de recibir el resultado de alguna prueba médica?
 Sí No En caso afirmativo describa e indique fecha:
- 6.- ¿Padece o ha padecido trastorno, lesión, o alteración o alguna de las siguientes enfermedades: cardíaca, circulatoria, hematológica, respiratoria, dermatológica, neurológica, psiquiátrica/psicológica, hepática, digestiva, reumatológica, traumatológica, endocrinológica, renal, urogenital, ginecológica, accidente cerebro-vascular, cáncer/tumor, enfermedad degenerativa del sist. nervioso, oftalmológica, auditiva, síndrome o malformación congénita, autoinmune, VIH/Sida, hipertensión, colesterol, diabetes, hernia u otras?
 Sí No En caso afirmativo describa e indique fecha

Fecha y diagnóstico:

Tratamiento:

Estado actual:

Fecha y diagnóstico:

Tratamiento:

Estado actual:

Fecha y diagnóstico:

Tratamiento:

Estado actual:

Fecha y diagnóstico:

Tratamiento:

Estado actual:

Por favor, amplíe aquí sus respuestas

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	ASISA VIDA SEGUROS, S.A.U.
Finalidad	- Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de su solicitud de seguro. - Estudiar la viabilidad para la contratación de la póliza de seguro. - Enviar información comercial personalizada sobre productos y servicios similares a los contratados, así como realizar encuestas de opinión.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de sus datos se encuentra en la relación contractual entre el tomador y ASISA Vida, el cumplimiento de obligaciones legales y en el interés legítimo.
Destinatarios	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal.
Derechos	Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, así como oponerse al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón DPO@grupoasisa.com
Información adicional	Puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: www.asisavida.es

El Tomador/Asegurado abajo firmante declara haber respondido de forma veraz y sincera a las preguntas incluidas en la Declaración de Salud, que constituyen la base para la valoración del riesgo por parte de ASISA VIDA SEGUROS, S.A.U., asumiendo las consecuencias legales de la reserva o inexactitud en la información facilitada, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 y concordantes de la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que podrán dar lugar, si medió dolo o culpa grave en la presente declaración, a la pérdida del derecho a la prestación en caso de siniestro.

En _____, a _____ de _____ de 20____

El Tomador de seguro

El Asegurado (si es distinto del tomador)

Antes de firmar repase la solicitud y compruebe que ha contestado en todos los apartados.