



Cliente/Producto: 22594/408017

Delegación

Efecto:

Mediador/Empleado:

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

Tomador:

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

Nombre:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Estado Civil:

Profesión (describa en qué trabaja, qué hace):

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

Domicilio:

Cód. Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil (obligatorio):

Correo electrónico (obligatorio):

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPAIBAN

Forma de pago:

 Mensual Trimestral Semestral Anual**Asegurado (si es distinto del Tomador):**

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

Nombre y apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Estado Civil:

Profesión (describa en qué trabaja, qué hace):

Actividad de riesgo (trabajo/ocio/deporte): Sí No Describa:

Domicilio:

Cód. Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono fijo:

Móvil (obligatorio):

Correo-e (obligatorio):

Beneficiario(s): (a falta de designación expresa, herederos legales):

En caso de Incapacidad: el propio asegurado salvo indicación expresa del Tomador

Garantías y modalidad que solicita: (Tache lo que proceda)Capital a Asegurar (máximo 300.000€):

Fallecimiento por cualquier causa (obligatoria):

 Sí No

Fallecimiento por accidente (doble capital):

 Sí No

Incapacidad permanente y absoluta por cualquier causa:

 Sí No

Incapacidad permanente y absoluta por accidente (doble capital):

 Sí No

Declaración del Asegurado

1.- Estatura _____ cm. Peso _____ Kg.

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 3 últimos años ¿ha interrumpido su actividad como consecuencia de una enfermedad /accidente por más de 10 días seguidos?

Sí No

Fecha y motivo:

b) ¿Se encuentra en situación de baja laboral o médica actualmente?

Sí No

Detalle:

4.- ¿Consumo alcohol, tabaco o drogas?

Sí No

Cantidad, tipo y frecuencia:

5.- a) ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardíaca, circulatoria, neurológica, mental, hepática, digestiva, reumatológica, insuficiencia renal, urogenital, accidente cerebro-vascular, cáncer/tumor, enfermedad degenerativa del sist.nervioso, síndrome o malformación congénita, VIH/Sida, hipertensión, colesterol, diabetes o hernia?

Sí No

Enfermedades

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

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 mismos en el curso de la relación contractual, sean incluidos en un fichero automatizado, responsabilidad de ASISA VIDA SEGUROS, S.A. (en adelante, ASISA VIDA SEGUROS), 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 VIDA SEGUROS, 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 VIDA SEGUROS.

Igualmente, el tomador y asegurado prestan su consentimiento para que ASISA VIDA SEGUROS 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 la 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. 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y en la Disposición Adicional 6ª de la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El tomador y asegurado consienten de manera expresa el envío por parte de ASISA VIDA SEGUROS 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 VIDA SEGUROS, Departamento de Asesoría Jurídica, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº 12, Madrid 28027.

En _____ a _____ de _____ de _____

El Tomador del seguro,

El Asegurado (si es distinto del Tomador)

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