

FORMULARIO DE TOMA DE DATOS SALUD (NO VÁLIDO COMO COBERTURA PROVISIONAL)

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter Personal 15/1999, el solicitante de la información acepta que los Datos personales recabados en el siguiente formulario, sean incluidos por JUAN FRANCISCO MARCO MARCO en un fichero de Datos de Carácter Personales y tratados con la finalidad de la información sobre sus productos y servicios. JUAN FRANCISCO MARCO MARCO con domicilio en Cl. Maestro Giner, 7 46111 ROCAFORT (Valencia), como responsable del fichero y del tratamiento, garantiza el ejercicio de los derechos de Oposición, Acceso, Rectificación y Cancelación de Datos Personales en los términos previstos en la legislación vigente. Asimismo el Cliente consiente la cesión de los Datos a las Entidades Aseguradoras para la confección de los proyectos y ofertas, emisión de contratos de seguros pertinentes y gestionar las prestaciones derivadas de los mismos, incluso la modificación subjetiva de la Aseguradora llegado el vencimiento del contrato, salvo que nos lo comuniqué marcando la siguiente casilla

En _____, a _____ de _____ de _____ FIRMADO: _____

TOMADOR DEL SEGURO

Nombre y Apellidos / Razón Social:			
Domicilio:			C.P.:
Población:		Provincia:	
NIF:	Teléfono:	Mail:	
Fecha nacimiento: (día - mes - año)	Nacionalidad:	Hombre	Mujer

ASEGURADOS

1	Nombre y Apellidos:				Relación con el tomador:
	NIF:	Fecha nacimiento: (día - mes - año)	Nacionalidad:		Sexo:
	Peso: (Kg)	Altura: (Cm)	Profesión:	Consume:	Cantidad diaria:

2	Nombre y Apellidos:				Relación con el tomador:
	NIF:	Fecha nacimiento: (día - mes - año)	Nacionalidad:		Sexo:
	Peso: (Kg)	Altura: (Cm)	Profesión:	Consume:	Cantidad diaria:

3	Nombre y Apellidos:				Relación con el tomador:
	NIF:	Fecha nacimiento: (día - mes - año)	Nacionalidad:		Sexo:
	Peso: (Kg)	Altura: (Cm)	Profesión:	Consume:	Cantidad diaria:

4	Nombre y Apellidos:				Relación con el tomador:
	NIF:	Fecha nacimiento: (día - mes - año)	Nacionalidad:		Sexo:
	Peso: (Kg)	Altura: (Cm)	Profesión:	Consume:	Cantidad diaria:

5	Nombre y Apellidos:				Relación con el tomador:
	NIF:	Fecha nacimiento: (día - mes - año)	Nacionalidad:		Sexo:

¿Alguno de los asegurados tiene o ha tenido alguna enfermedad o accidente, dolores articulares, enfermedad hereditaria, dolor o síntoma, o ha recibido, recibe o está pendiente de recibir algún tipo de tratamiento, ha estado hospitalizado o está pendiente de hospitalización, le han realizado o tiene pendiente de realización de alguna prueba diagnóstica? Indique de que asegurado se trata, que tipo de dolencia, tratamiento y situación actual: