

**DOCUMENTO DE TOMA DE DATOS PARA TARIFICACIÓN DE SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL (SIN VALIDEZ CONTRACTUAL)**

**Datos del Solicitante/Tomador** (No cumplimentar si Asegurado y Tomador son el mismo, pero SI indicar los datos bancarios IBAN)

Nombre y apellidos o Razón social \_\_\_\_\_ NIF/NIE/CIF \_\_\_\_\_

Dirección postal (domicilio) \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Teléfono móvil\* \_\_\_\_\_

Dirección electrónica (e-mail)\* \_\_\_\_\_

Beneficiario:  Tomador  Asegurado

**Datos del Declarante/Asegurado**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Actividad profesional actual \_\_\_\_\_

Por cuenta  Propia  Ajena Régimen Seguridad Social  General  Autónomo  Mutualidad  Otros \_\_\_\_\_

Dirección postal (domicilio) \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Teléfono móvil\* \_\_\_\_\_

Dirección electrónica (e-mail)\* \_\_\_\_\_

Empresa (donde desarrolla su actividad profesional) \_\_\_\_\_

Dirección postal (domicilio empresa) \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

**Garantías y sumas aseguradas**

Garantías principales	Período máximo de cobertura	Subsidio diario	Franquicia	Prima anual (1)
<input type="radio"/> Enfermedad y accidente   <input type="radio"/> Sólo enfermedad	365 días	€	días	€
Condiciones especiales	Período máximo de cobertura	Suma asegurada	Prima anual (1)	
<input type="radio"/> Hospitalización	365 días	€	€	€
<input type="radio"/> _____	_____	€	€	€
(1) Prima orientativa sujeta a valoración de la solicitud de seguro por la Compañía, según las circunstancias declaradas.			<b>Prima total anual (1)</b>	€

**Efecto, pago y revalorización**

Fecha de efecto solicitada \_\_\_\_\_ Forma de pago  Mensual  Trimestral  Semestral  Anual *Importe mínimo recibo fraccionado 20 €*

Descuento 1,90%      Descuento 2,86%      Descuento 4,76%

Revalorización anual para todas las garantías \_\_\_\_\_ % Forma de pago años sucesivos (por defecto igual 1er. año) \_\_\_\_\_

El Declarante/Asegurado

El Solicitante/Tomador

Firme aquí

Firme aquí

\*Campos obligatorios

## Cuestionario sobre seguros, antecedentes personales y patológicos

(Debe responder a todas las preguntas. En caso de ausencia de respuesta se entenderá que no ha padecido antecedentes, asumiendo el declarante las consecuencias jurídicas que de ello se deriven)

### Antecedentes sobre seguros

¿Tiene contratado o ha solicitado otro seguro de salud?  Sí  No

- Seguro de incapacidad temporal  Sí  No Compañía \_\_\_\_\_ Importe asegurado \_\_\_\_\_

- Seguro de asistencia sanitaria  Sí  No Compañía \_\_\_\_\_

### Antecedentes personales y patológicos. Si en los últimos 10 años ha padecido alguno de los siguientes procesos, indíquenos cuál y la fecha en que lo padeció.

1 - Fuma  Sí  No - Cantidad diaria \_\_\_\_\_ 2 - ¿Padece hipertensión?  Sí  No 3 - Estatura \_\_\_\_\_ cms. 4 - Peso \_\_\_\_\_ Kg.

5 - ¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No - Cantidad diaria \_\_\_\_\_

6 - ¿Ha estado de baja laboral más de 15 días consecutivos?  Sí  No - ¿Cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

7 - ¿Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales?  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

8 - ¿Practica algún deporte?  Sí  No - De que tipo y con que frecuencia \_\_\_\_\_

9 - ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida?  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

10 - Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

11 - Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

12 - Enfermedades respiratorias (pulmones, pleura, bronquios, etc.)  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

13 - Procesos infecciosos o parasitarios, S.I.D.A.  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

14 - Afecciones en la espalda y/o en la columna vertebral (lumbalgias, cervicalgias, hernias discales, etc.)  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

15 - Procesos endocrinos, nutricionales y metabólicos (diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, etc.)  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

16 - Alteraciones del sistema nervioso  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

17 - Alteraciones de la sangre y el sistema linfático  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

18 - Alteraciones psiquiátricas  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

19 - Enfermedades genitourinarias (renales y vías renales, ginecológicas, órganos genitales, etc.)  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

20 - Enfermedades de la piel (quistes, eccema, etc.)  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

21 - Enfermedades de la nariz, boca, oído y/o laringe  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

22 - Enfermedades oculares. Motivo y graduación  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

23 - Alguna afección todavía no nombrada  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

24 - ¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica?  Sí  No - Díganos el motivo de la intervención y cuándo se efectuó o efectuará \_\_\_\_\_

25 - ¿Ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o TAC, Doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, biopsias, etc.?  Sí  No - Motivo y resultado de las pruebas \_\_\_\_\_

26 - ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas?  Sí  No - ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

27 - ¿Ha sufrido algún accidente?  Sí  No - De qué naturaleza y en qué fecha \_\_\_\_\_

28 - ¿Sufrió lesiones?  Sí  No - Indíquenos cuál/es \_\_\_\_\_

29 - ¿Le ha dejado secuelas?  Sí  No - Indíquenos cuál/es \_\_\_\_\_

30 - ¿Se encuentra actualmente de baja laboral o bajo control, valoración o tratamiento médico y/o en espera de la realización u obtención de resultados de pruebas de diagnóstico complementarias?  Sí  No \_\_\_\_\_

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 comunique marcando la siguiente casilla  SI ACEPTO

El Declarante/Asegurado

El Solicitante/Tomador

Firme aquí

Firme aquí