

**TOMADOR DEL SEGURO**

NOMBRE Y APELLIDOS

NIF FECHA DE NACIMIENTO SEXO HOMBRE MUJER

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL POBLACIÓN PROVINCIA

TELÉFONOS E-MAIL

ACTIVIDAD ECONÓMICA-SECTOR PROFESIONAL

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE Y APELLIDOS

NIF FECHA DE NACIMIENTO SEXO HOMBRE MUJER

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL POBLACIÓN PROVINCIA

TELÉFONOS E-MAIL

ACTIVIDAD ECONÓMICA-SECTOR PROFESIONAL

**CAPITAL A ASEGURAR****FORMA DE PAGO****GARANTÍAS SOLICITADAS**

FALLECIMIENTO	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	INV PERM ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN
ENFERMEDAD GRAVE	

**DECLARACIÓN DE SALUD**

Peso Kg. Estatura Cm. ¿Fuma? Nº Cigarros al día ¿Ha sido fumador? ¿En qué año dejó de fumar?  
 Tensión arterial (Ej: 13 Y 7) Máximo Mínimo ¿Conduce motocicletas o quads de más de 250 C.C.?  
 ¿Desea cubrir este riesgo pagando la sobreprima correspondiente? ¿Qué deportes practica?  
 ¿Participa en competiciones? ¿Consume alcohol? Tipo y cantidad diaria  
 ¿Le han sido rechazados seguros de vida o aceptados en condiciones especiales o agravados? En caso afirmativo, indique la causa:

¿Tiene algún seguro de vida? En caso afirmativo, indique compañía y capitales contratados:

¿ Está de baja médica laboral por enfermedad o accidente o le ha sido concedida o tiene en tramitación la concesión de algún tipo o grado de invalidez o discapacidad? En caso afirmativo, indique grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica:

¿Ha sido hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o lo tiene previsto próximamente? ¿Le han realizado o está pendiente de realizar alguna consulta médica, revisión o prueba diagnóstica? (Ej. Análisis, etc...) En caso afirmativo, indique fecha, motivo y secuelas:

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad cardíaca, metabólica o endocrina, del sistema nervioso, del aparato digestivo, respiratoria, psiquiátrica, infecciosa, del riñón o urológica, ginecológica, dermatológica, de la vista, del oído, tumoral o cancerosa, reumatológica o de columna vertebral, autoinmune u otras? En caso afirmativo, indique enfermedad, fecha del diagnóstico, tratamiento y secuelas:

¿Está o ha estado sometido a algún tratamiento psicológico, farmacológico, psiquiátrico, neurológico o de rehabilitación? En caso afirmativo, indique cual, desde cuándo y motivo:

¿Tiene o ha tenido cifras altas de tensión arterial, azúcar en sangre, colesterol o valores hepáticos alterados? En caso afirmativo, indique cual, fecha de diagnóstico y tratamiento:

¿Su médico le ha recomendado no consumir alcohol o disminuir su consumo? En caso afirmativo, indique motivo:

¿Consume o ha consumido estupefacientes? En caso afirmativo, indique tipo, cuándo, durante cuánto tiempo, frecuencia y última vez:

¿Reside más de dos meses al año o viaja con frecuencia a países no europeos? En caso afirmativo, indique tipo, cuándo, durante cuánto tiempo, frecuencia y última vez:

¿Desarrolla algún tipo de actividad peligrosa como consecuencia de su profesión o de sus aficiones? (Ej. Explosivos, actividades subterráneas o subacuáticas, deportes aéreos, de montaña o automovilísticos): En caso afirmativo, indique cual:

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 los datos personales en los términos previstos en la legislación vigente. Así mismo, el cliente consiente la cesión de los datos a las Entidades Aseguradoras para la confección de los proyectos y ofertas, emisión de los contratos de seguro 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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ FIRMADO: