



Deberán cumplimentarse, cuidadosamente y a bolígrafo o pluma y con letra clara, los datos requeridos en esta Solicitud. No efectuar tachaduras ni correcciones.
IMPORTANTE: DEBERÁ FIRMAR EL BOLETÍN

Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Nº de Póliza	Centro	Certificado	
Sucursal	Agente Productor	Agente de Cobro	Fecha de Efecto / /

Datos del Tomador

Nombre y Apellidos o Razón Social

Datos personales del Asegurado:

Nombre y Apellidos

N.I.F.	Fecha de Nacimiento	Sexo	E. Civil	Hijos	Profesión
Domicilio					Teléfono
Código Postal	Ciudad	Población			Provincia

Datos del Beneficiario

- Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Todos los hijos por partes iguales; c) Padre; d) Madre; e) Todos los hermanos por partes iguales; f) Herederos legales.
- Cónyuge.
- Cónyuge o, en su defecto, todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Cónyuge y todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de ambos.
- Todos los hermanos del Asegurado por partes iguales.
- Herederos legales.
- Padre del Asegurado.
- Madre del Asegurado.
- Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Los hijos del Asegurado; c) Los Padres del Asegurado; d) En defecto de aquéllos, sus legítimos herederos.
- Expresamente designado por el Asegurado (Sólo rellenar cuando no se haya elegido alguna fórmula anterior. Se hará figurar apellidos, nombre y N.I.F.)

Capitales

Fallecimiento	Inv. Perm. Abs.	Inv. Perm. Total	Fallec. Accidente	Fallec. Accidente Circulación

Otros datos

Extraprimas (a cumplimentar por la Compañía)

Fallecimiento	Invalidez	Incapacidad	Fall. Accid.	Fall. Acc. Circ.

Declaración de Estado de Salud

- ¿Se encuentra Vd. actualmente en buen estado de salud? Sí No En caso negativo, causas: _____
- ¿Está o ha estado de baja laboral durante más de quince días consecutivos en los últimos seis meses? Sí No
En caso afirmativo indique causa: _____ Inicio: / / Término: / /
- ¿Qué enfermedades padece o ha padecido y en qué fechas? _____
- ¿Ha sido operado alguna vez? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo y en qué fecha? _____
- ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No En caso afirmativo, ¿de qué tipo y con qué consecuencias? _____
- ¿Tiene Vd. alguna incapacidad física/psíquica? Sí No En caso afirmativo, especificar _____
- Indique, por favor, con cifras: Estatura _____ cm. Peso _____ Kg. Tensión Arterial: Máx. _____ Min. _____
- Posibles aclaraciones a las respuestas anteriores _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Ampliación de la Declaración de Estado de Salud

Seguros Anteriores

¿Tiene usted pendiente en la actualidad alguna proposición de seguro en otra Compañía?

(Indíquese el nombre de la Compañía)

¿Se ha negado alguna Compañía a emitir una póliza de seguro sobre la vida de usted?

(Indíquese el nombre de la Compañía, la fecha y la causa)

¿Alguna otra Compañía emitió o le propuso emitir una póliza sobre su vida con determinada extraprima o de clase de seguro distinta a la solicitada por usted?

(Indíquese el nombre de la Compañía y las causas de la extraprima o del cambio de clase)

Antecedentes Patológicos

(responder SI o NO en el recuadro correspondiente)

1. ¿Sufre o ha sufrido enfermedad referente al?

Corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sistema nervioso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ap. Respiratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Aparato circulatorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Hígado, Vesícula Biliar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ap. digestivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ap. Genital/Mamas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfer. Sanguíneas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riñones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Articulaciones/Músculos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Oído	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Huesos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Vista	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Usa lentes correctoras?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Defecto Vista

Dioptías: O.D. O.I.

2. ¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?

Hipertensión (en caso afirmativo indicar últimas SI NO

cifras de tensión arterial y qué tratamiento sigue)

Diabetes (en caso afirmativo indicar cifras de SI NO

glucosa qué tratamiento sigue y cantidad de insulina)

De la piel SI NO Reumatismo articular SI NO

Hiper/Hipotiroidismo SI NO Alteraciones mentales SI NO

3. ¿Ha sido usted asistido en algún Hospital, Clínica, Casa de Reposo en los últimos 5 años? SI NO

¿Cuándo? ¿Por qué?

4. ¿Se ha sometido alguna vez a radioterapia o algún otro tipo de radiaciones? SI NO ¿Cuándo y por qué?

5. Posibles aclaraciones para las respuestas anteriores.

6. Para mujeres ¿padece o a padecido usted hemorragias u otras afecciones genitales, uterinas, ováricas? SI NO

¿Cuáles?

Declaraciones Complementarias (A cumplimentar tanto si se aseguran o no las prestaciones complementarias)

¿Sube a tejados o andamios? SI NO

¿Desciende a pozos, minas o canteras en galerías? SI NO

¿Utiliza corriente eléctrica de alta tensión? SI NO

¿Conduce o utiliza camión SI NO Motocicleta SI NO

Tractor? SI NO

¿Pilota algún tipo de Aeronave? SI NO

¿Qué explosivos o sustancias peligrosas manipula?

¿Con qué máquinas trabaja?

¿Qué deportes practica?

¿A dónde piensa viajar fuera de Europa? (indicar destino, medio de transporte y motivo del viaje)

Clausula de tratamiento de datos de carácter personal

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás disposiciones concordantes y complementarias de aplicación, las personas a asegurar autorizan expresamente a cualquier médico o centro hospitalario que les hubiera asistido o reconocido, a proporcionar confidencialmente a la Compañía aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener, o de los que hubieran tenido conocimiento al prestar sus servicios, para que la Compañía aseguradora los trate con la finalidad de evaluar el riesgo y, en su caso, aceptar el certificado individual, tramitar el siniestro y pagar, si procediera, la indemnización.

Además se pone en conocimiento de los interesados quienes expresamente consenten:

a) Que los datos de carácter personal que constan en el certificado individual, así como los que puedan generarse en caso de siniestro, incluidos los de salud, serán incorporados y tratados en los ficheros automatizados de que es titular Generali España S.A. de Seguros y Reaseguros, compañía destinataria de los mismos.

b) Que los datos personales que se recogen en esta solicitud de seguro son de obligado suministro al ser indispensables para la valoración del riesgo y para el mantenimiento y efectividad de la relación contractual. Si se emitiera certificado individual, y siempre que los datos sean adecuados y pertinentes a las finalidades que más adelante se citan, sean cedidos a las siguientes entidades: (a) las compañías coaseguradoras y reaseguradoras, para cumplir sus relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; (b) Grupo Generali España A.I.E. entidad domiciliada en la calle Orense número 2 de Madrid; para que se tramite, gestione y liquide los siniestros, actividades que constituyen su propio objeto social; (c) los arrendadores de los servicios contratados en la presente póliza, para prestar aquéllos que exija el cumplimiento del contrato de seguro.

c) Que en el caso de que el certificado individual se emitiera y se perfeccionara el contrato de seguro, y salvo su indicación en contrario se notificará, a la Compañía aseguradora, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio sean también tratados para segmentar y realizar perfiles de los clientes, con la finalidad de promover acciones comerciales, incluso de venta cruzada, e incluso mediante la cesión de la información resultante de estos procesos informáticos a sus mediadores de seguros, y de remitir el propio asegurador o terceros por su cuenta, cualesquiera informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios financieros y productos de seguros propios o de terceros. Que los titulares de los datos podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social de Generali España S.A. de Seguros y Reaseguros situado en la calle Orense número 2 de Madrid.

Clausula de constancia de la entrega de la nota informativa

El Tomador del seguro y las personas a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El contenido de esta nota informativa es: Legislación aplicable al contrato; Instancias para el caso de reclamación y procedimiento a seguir; Estado donde se ubica la Aseguradora y su denominación social y domicilio; Definición de garantías y opciones; Duración del contrato; Condiciones para su rescisión; Condiciones; plazos y vencimiento de las primas; Métodos para calcular y asignar participaciones en beneficios; Valores de rescate y reducción; Primas relativas a cada garantía cuando se considere necesario; Definición de las unidades de cuenta de las prestaciones e indicación de activos representativos; Ejercicio del derecho de resolución; e indicaciones generales sobre el Régimen Fiscal Aplicable.

En _____, a _____ de _____ de _____

Lido y conforme:

Firmado: El Asegurado