

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin 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

NIF	Fecha de Nacimiento / /	Sexo	E. Civil	Hijos	Profesión
Domicilio	N.º	Piso	Puerta	Teléfono	
Código postal <small>Clave</small>	Población	Provincia			
País	<small>Clave</small>	E-mail			

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.

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 Sí o NO en el recuadro correspondiente)

1. ¿Sufre o ha sufrido enfermedad referente al?

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

cifras de tensión arterial y qué tratamiento sigue)

Diabetes (en caso afirmativo indicar cifras de SÍ NO

glucosa qué tratamiento sigue y cantidad de insulina)

De la piel SÍ NO Reumatismo articular SÍ NO

Hiper/Hipotiroidismo SÍ NO Alteraciones mentales SÍ NO

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

¿Cuándo? ¿Por qué?

4. ¿Se ha sometido alguna vez a radioterapia o algún otro tipo de radiaciones? SÍ 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?. SÍ NO

¿Cuáles?

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

¿Sube a tejados o andamios? SÍ NO

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

¿Utiliza corriente eléctrica de alta tensión? SÍ NO

¿Conduce o utiliza camión SÍ NO Motocicleta SÍ NO

Tractor? SÍ NO

¿Pilota algún tipo de Aeronave? SÍ 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)

CLÁUSULA DE CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE LA NOTA INFORMATIVA

El solicitante 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 122 y ss. del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

INFORME DE SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 122.5 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el informe de situación financiera y de solvencia del asegurador correspondiente al último ejercicio se encuentra a disposición de los tomadores y asegurados en la página web de la compañía (www.generali.es).

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable del tratamiento	Generali España S.A. de Seguros y Reaseguros ("GENERALI").
Finalidades del tratamiento	1. Gestionar su solicitud, valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a la misma. 2. En caso de perfeccionarse, gestionar, mantener y controlar la relación contractual. 3. Prevenir el fraude. 4. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la solicitud de adhesión al contrato de seguro y en, caso de perfeccionarse, la gestión del mismo.
Legitimación del tratamiento	Sus datos personales serán tratados con base en la ejecución de un contrato, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento, y en su caso el consentimiento expreso.
Potenciales destinatarios de los datos	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y médicos, centros sanitarios, hospitales y administraciones públicas
Derechos de protección de datos	Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento de datos y portabilidad de datos, tal como se detalla en la "Información Adicional".
Información adicional	Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad

CLÁUSULA DE COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Mediante la firma de esta Solicitud de Seguro y salvo indicación en contrario por su parte notificada a la Compañía Aseguradora, usted consiente expresamente la utilización indistintamente del correo electrónico, mensaje de texto (SMS), fax, burofax o por correo postal como medio para el envío de comunicaciones y notificaciones, incluidos los recibos de prima, en los términos previstos en la cláusula "**Comunicaciones y notificaciones entre las partes**" de las Condiciones Generales de su contrato de seguro.

No obstante lo anterior, si desea contactar con la Compañía vía Redes Sociales (ej. Twitter, Facebook, etc.), la Compañía dará respuesta a la consulta por este canal, siempre respetando los términos de la normativa de protección de datos personales, y sin perjuicio de utilizar en adición los medios anteriormente mencionados.

CLÁUSULA SOBRE EXACTITUD Y VERACIDAD DE LOS DATOS DECLARADOS

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario y que no han ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedan informados de las consecuencias previstas en el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de inexactitud de los datos suministrados.

Autorizo a que GENERALI trate mis datos personales de carácter sensibles presentes en el cuestionario de salud y a obtener de forma confidencial por parte de cualquier médico o centro hospitalario que me hubiera asistido o reconocido los datos relativos a mi salud necesarios para valorar el riesgo y calcular la prima de este seguro.

En _____, a _____ de _____ de _____

Leído y conforme:
Firmado: El Asegurado

