

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin efectuar tachaduras ni correcciones.

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

Ruego realicen el grupo de pruebas médicas señalado, con cargo a **Generali España**

Nombre y Apellidos

(persona a asegurar)

Teléfono

Teléfono móvil

Domicilio

N.º

Piso

Puerta

Código postal

Clave

Población

Provincia

País

Clave

E-mail

### Reconocimiento Médico:

- A**
- Cumplimentación del formulario G50479 por el médico reconecedor
  - Orina: perfil y sedimento
  - Análisis de sangre: hemograma, velocidad de sedimentación, glucosa, creatinina, colesterol (con fracción HDL-LDL), triglicéridos, ácido úrico, transaminasas (gamma GT - GPT - GOT), serología HIV\* (test de Elisa), marcadores de la hepatitis B (HbsAG y HbeAg), de la hepatitis C (Ac anti VHC).

**Es necesario presentarse a las pruebas en ayunas**

- B**
- Modelo A
  - Electrocardiograma en reposo a 12 derivaciones
  - Protocolo de Bruce (ergometría)

**Es necesario presentarse a las pruebas en ayunas**

- C**
- Modelo B
  - Radiografía de tórax

**Es necesario presentarse a las pruebas en ayunas**

- Otras pruebas adicionales:

**El Reconocimiento Médico forma parte de la póliza y queda en poder de la Compañía. Solamente se comunicará el resultado previa solicitud de la persona sometida a reconocimiento.**

**Teléfono de contacto de Europ Assistance 902 110 253**

Sucursal

Agente productor

Código

<sup>(1)</sup> Prueba del SIDA

Información básica sobre Protección de Datos	
<b>Responsable del tratamiento</b>	Generali España S.A, de Seguros y Reaseguros ("GENERALI").
<b>Finalidades del tratamiento</b>	1. Gestionar su solicitud y ofrecerle el producto de seguro que más se ajusta a sus exigencias y necesidades. 2. Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a su solicitud. 3. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la presente solicitud.
<b>Legitimación del tratamiento</b>	Sus datos personales, así como los que se puedan generar en caso de siniestro, incluso los de salud que fueran necesarios para su tramitación, serán tratados con base en la aplicación de medidas precontractuales, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento y el consentimiento expresamente otorgado por usted.
<b>Potenciales destinatarios de los datos</b>	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y administraciones públicas.
<b>Derechos de protección de datos</b>	Usted puede revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado para las actividades de tratamiento de datos personales por parte de GENERALI, así como 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".
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: <a href="https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad">https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad</a>

- 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

Firma del Mediador o de la Compañía

Firma de la persona a reconocer

(Conforme acepta le sean practicadas las pruebas arriba mencionadas)