



ASISTENCIA FAMILIAR FUERZAS ARMADAS

SOLICITUD DE SEGURO (Continuación)

Atención al Cliente:
Opzion & Soluzion
Correduría de Seguros S.L.
902 11 75 95 / 91 411 02 11
fas@expertiaseguros.com

MOD. 5030115

Los datos contenidos en este documento forman parte integrante de la solicitud de fecha ____/____/____

Campos a rellenar por el mediador / compañía

Campos a rellenar por el cliente

PRODUCTO	Nº DE PÓLIZA	TOMADOR DEL SEGURO
03		

ASEGURADOS ATENCIÓN - El número de orden asignado a cada Asegurado (Nº ORD) deberá respetarse en toda la solicitud							
Nº ORD	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	D.N.I.	COD. BENEFICIARIO (*)
7							
8							
9							
10							
11							
12							

(*) Beneficiarios accidentes: 1. Cónyuge del asegurado. 2. Hijos del asegurado a partes iguales. 3. Cónyuge e hijos del asegurado a partes iguales. 4. Padres del asegurado a partes iguales. 5. Herederos Legales asegurado

SERVICIO DE DECESOS						
Nº ORD.	ALTA/BAJA	TIPO DE PRIMA	PROVIENE DE PRODUCTO/PÓLIZA	EDAD	TASA ANUAL 0/00	PRIMA SERVICIO DE DECESOS
7		MIXTA				
8		MIXTA				
9		MIXTA				
10		MIXTA				
11		MIXTA				
12		MIXTA				

En a de de 20.....

GS000180

Código de mediador: 400397. Opzion&Solución Correduría de Seguros S.L.

EL TOMADOR DEL SEGURO,

Hoja 1 de 2 (continuación)

CUESTIONARIO DE SALUD (Continuación)

Los datos contenidos en este documento forman parte integrante de la solicitud de fecha ____/____/____

PRODUCTO	Nº DE PÓLIZA	TOMADOR DEL SEGURO
03		

ASEGURADO 7 - NOMBRE:	SI	NO
• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer,tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASEGURADO 8 - NOMBRE:	SI	NO
• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer,tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASEGURADO 9 - NOMBRE:	SI	NO
• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer,tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASEGURADO 10 - NOMBRE:	SI	NO
• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer,tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASEGURADO 11 - NOMBRE:	SI	NO
• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer,tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASEGURADO 12 - NOMBRE:	SI	NO
• ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez? (Como: cáncer,tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si se ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, describase detalladamente, indicando el número de asegurado

El Tomador del Seguro, los Asegurados, y todos si se trata de personas distintas:

1. Reconocen que todas las declaraciones son veraces, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y la fijación de la prima.
2. Quedan informados de que los datos recogidos en la presente solicitud son necesarios para la valoración del riesgo así como para la formalización del contrato y para el mantenimiento de la relación contractual.
3. Prestan su consentimiento a que sus datos de carácter personal se incluyan en el fichero automatizado responsabilidad de EXPERTIA, Seguros de Decesos, S.A., para los fines propios del contrato del seguro, y aceptan que dichos datos puedan ser cedidos, para dicha finalidad, a otras entidades del Grupo Preventiva y a otras personas físicas y jurídicas con las que dichas entidades concluyan acuerdos de colaboración.
4. Autorizan el envío de información sobre cualquier otro producto o servicio que EXPERTIA, Seguros de Decesos, S.A., o empresas de su grupo comercialicen, y consideren de interés para el solicitante. Si **NO** se desea el envío de dicha información, marque una X en el siguiente recuadro.
5. Declaran haber recibido en la fecha de la solicitud y antes de su firma, la nota informativa del seguro con la información que indica la legislación actual.

En a de de 20.....

EL TOMADOR DEL SEGURO,

LOS ASEGURADOS,