

## SOLICITUD DE SEGURO

MOD. S030115

Campos a rellenar por el mediador / compañía

Campos a rellenar por el cliente

PRODUCTO	Nº DE PÓLIZA
03	

FECHA DE EFECTO	DURACIÓN
	ANUAL PRORROGABLE

Marque x donde corresponda	
<input type="checkbox"/> PÓLIZA NUEVA	<input type="checkbox"/> SUPLEMENTO
SUSTITUYE A PÓLIZA NÚMERO:	

FORMA PAGO (marque x)	
<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/>

TOMADOR DEL SEGURO					
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	D.N.I./C.I.F.	TELÉFONO
DOMICILIO					CÓD. POSTAL
LOCALIDAD			PROVINCIA	E-MAIL	

### ASEGURADOS **ATENCIÓN - El número de orden asignado a cada Asegurado (Nº ORD) deberá respetarse en toda la solicitud - Si existieran más de seis asegurados, incluir en hoja anexa preparada para tal efecto**

Nº ORD	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	D.N.I.	COD. BENEFICIARIO (*)
1							
2							
3							
4							
5							
6							

(\*) Beneficiarios accidentados: 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						
VALOR INICIAL DEL SERVICIO:						€
Nº ORD	ALTA / BAJA	TIPO DE PRIMA	PROVIENE DE PRODUCTO/PÓLIZA	EDAD	TASA ANUAL o/oo	PRIMA SERVICIO DECESOS
1		MIXTA				
2		MIXTA				
3		MIXTA				
4		MIXTA				
5		MIXTA				
6		MIXTA				
PRIMA ANUAL SERVICIO DE DECESOS						

COMPLEMENTARIOS DE DECESOS		PRIMA ANUAL
<input type="checkbox"/> SÍ	<b>TRASLADO COMPLETO</b>  Prima hasta 2 asegurados  Aseg. adicionales <input type="text"/> x <input type="text"/> =  PRIMA ANUAL TRASLADO COMPLETO	
<input type="checkbox"/> SÍ	ASISTENCIA EN VIAJE	
<input type="checkbox"/> SÍ	GESTIÓN SERVICIOS JURÍDICOS	
<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA ESPAÑOLES RESIDENTES EXTRANJERO	
<input type="checkbox"/>	TRASLADO EXTRANJ. RESIDENTES EN ESPAÑA	
<input type="checkbox"/>	ASISTENCIA ESTANCIAS LARGA DURACION EN EXTRANJ.	
PRIMA ANUAL COMPLEMENTARIOS DE DECESOS		

### SEGURO DE ACCIDENTES

¿CONTRATA ACCIDENTES?	SI/NO	PRIMA ANUAL =	NÚMERO DE ASEGURADOS	x	TASA FALL + INV	x	CAPITAL ASEGURADO	=	
-----------------------	-------	---------------	----------------------	---	-----------------	---	-------------------	---	--

TOTAL PRIMA	SERVICIO DE DECESOS	COMPLEMENTARIOS DE DECESOS	SEGURO DE ACCIDENTES	TOTAL PRIMA ANUAL (**)

(\*\*) ESTE IMPORTE SE INCREMENTARÁ CON LOS IMPUESTOS Y RECARGOS LEGALMENTE REPERCUTIBLES

En ..... a ..... de ..... de 20.....

EL TOMADOR DEL SEGURO,

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

## CUESTIONARIO DE SALUD

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

PRODUCTO	Nº DE PÓLIZA	TOMADOR DEL SEGURO
03		

<b>ASEGURADO 1 - NOMBRE:</b>	<b>SI   NO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿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...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>ASEGURADO 2 - NOMBRE:</b>	<b>SI   NO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿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...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>ASEGURADO 3 - NOMBRE:</b>	<b>SI   NO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿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...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>ASEGURADO 4 - NOMBRE:</b>	<b>SI   NO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿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...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>ASEGURADO 5 - NOMBRE:</b>	<b>SI   NO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿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...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>ASEGURADO 6 - NOMBRE:</b>	<b>SI   NO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿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...)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si se ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas, descríbase 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,**

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

A cumplimentar por el acreedor (compañía)	Ref. de la orden de domiciliación:	M	D	T	0	0	0	0	3								
	Identificador del acreedor:	E	S	1	3	0	0	0	A	3	3	0	0	3	9	0	6
	Nombre del acreedor/emisor:	EXPERTIA, SEGUROS DE DECESOS S.A.															
	Dirección:	c/ ARMINZA, 2. 28023. Madrid. España															

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el adeudador autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A cumplimentar por el deudor (tomador del seguro)	Nombre del deudor:																	
	(titular/es de la cuenta de cargo)																	
	NIF del deudor:																	
	Dirección del deudor:																	
	Código postal del deudor:																	
	Localidad del deudor:																	
	País:																	
	Número de cuenta adeudo (IBAN):	E	S															
	Tipo de pago:	<input type="checkbox"/>	Recurrente	<input type="checkbox"/>	Pago único													
	Fecha:																	
	Firma del deudor (tomador del seguro)																	