

<b>Cliente/Producto:</b> 22594 / 408017	<b>Delegación:</b>	<b>Código:</b>	<b>N.I.F./N.I.E.:</b>
<b>Mediador:</b>			

**TOMADOR DEL SEGURO**

**Fecha efecto (obligatorio):** / /

N.I.F./N.I.E.: \_\_\_\_\_ Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / / Sexo:  Hombre  Mujer Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profesión (actividad que realiza): \_\_\_\_\_

Actividades de riesgo (trabajo/ocio):  Sí  No Describe: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil (obligatorio): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (obligatorio): \_\_\_\_\_

**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**

IBAN: \_\_\_\_\_

Forma de pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

**ASEGURADO 1 (si es distinto del tomador)**

N.I.F./N.I.E.: \_\_\_\_\_ Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): / / Sexo:  Hombre  Mujer Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profesión (describa en qué trabaja, qué hace): \_\_\_\_\_

Actividades de riesgo (trabajo/ocio):  Sí  No Describe: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil (obligatorio): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (obligatorio): \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO(S) (a falta de designación expresa, herederos legales)**

En caso de seleccionar herederos legales no es necesaria la designación expresa.  
En caso de incapacidad el beneficiario es el asegurado salvo designación expresa del tomador.

**GARANTÍAS Y OPCIONES**

Capital a asegurar (desde 18.000 hasta 600.000€):

Fallecimiento por cualquier causa (obligatoria):  Sí  No

Incapacidad permanente y absoluta por cualquier causa:  Sí  No

Fallecimiento accidente:  Sí  No

Incapacidad permanente y absoluta por accidente:  Sí  No

Fallecimiento accidente de circulación:  Sí  No

Incapacidad permanente y absoluta por accidente de circulación:  Sí  No

Cáncer ginecológico femenino:  Sí  No 10.000 €  20.000 €  30.000 €

(Este capital no puede superar al capital solicitado por fallecimiento).

**No olvide incluir la fotocopia de su DNI o documento identificativo.**

## DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

- 1.- Estatura: \_\_\_\_\_ Cms.      Peso: \_\_\_\_\_ Kgs.
- 2.- ¿Está incapacitado total o parcialmente, presenta algún defecto invalidante o ha iniciado algún trámite para obtención de la incapacidad?  
 Sí     No    Detalle: \_\_\_\_\_
- 3.- a) Durante los 5 últimos años ¿ha interrumpido su actividad como consecuencia de enfermedad / accidente por más de 10 días seguidos?  
 Sí     No    Fecha y motivo: \_\_\_\_\_
- b) ¿Se encuentra en situación de baja laboral o médica actualmente? (no considerar baja por maternidad o paternidad).  
 Sí     No    Detalle: \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Fuma o ha fumado anteriormente? ¿Consume o ha consumido alcohol o drogas?  
 Sí     No    Cantidad, tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_
- 5.- ¿Toma alguna medicación, está siguiendo o le han recomendado algún tratamiento médico o quirúrgico, o está pendiente de recibir el resultado de alguna prueba médica?  
 Sí     No    En caso afirmativo describa e indique fecha: \_\_\_\_\_
- 6.- ¿Padece o ha padecido trastorno, lesión, o alteración o alguna de las siguientes enfermedades: cardíaca, circulatoria, hematológica, respiratoria, dermatológica, neurológica, psiquiátrica/psicológica, hepática, digestiva, reumatológica, traumatológica, endocrinológica, renal, urogenital, ginecológica, accidente cerebro-vascular, cáncer/tumor, enfermedad degenerativa del sist. nervioso, oftalmológica, auditiva, síndrome o malformación congénita, autoinmune, VIH/Sida, hipertensión, colesterol, diabetes, hernia u otras?  
 Sí     No    En caso afirmativo describa e indique fecha: \_\_\_\_\_

Fecha y diagnóstico: _____	Fecha y diagnóstico: _____
Tratamiento: _____	Tratamiento: _____
Estado actual: _____	Estado actual: _____
Fecha y diagnóstico: _____	Fecha y diagnóstico: _____
Tratamiento: _____	Tratamiento: _____
Estado actual: _____	Estado actual: _____

Por favor, amplíe aquí sus respuestas.

### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Si tu respuesta es "SI" en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla <input type="checkbox"/>	
Para que ASISA Vida me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si <input type="checkbox"/>
Para que ASISA Vida comunique mis datos a las empresas del Grupo ASISA y colaboradoras, con la finalidad de que me informen de sus productos y servicios. La lista de las empresas colaboradoras está a disposición del cliente en <a href="https://www.asisavida.es/informacion-adicional-rgpd/">https://www.asisavida.es/informacion-adicional-rgpd/</a> .	Si <input type="checkbox"/>
<b>Responsable</b>	<b>ASISA VIDA SEGUROS S.A.U.</b>
<b>Finalidad</b>	- Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de tu solicitud de seguro. - Recibir comunicaciones personalizadas de ASISA Vida sobre sus seguros y servicios propios así como realizar encuestas de opinión.
<b>Legitimación</b>	La base legal para el tratamiento de tus datos se encuentra en la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA Vida, el cumplimiento de obligaciones legales, en el interés legítimo, así como en el consentimiento.
<b>Destinatarios</b>	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras, en caso de haber obtenido tu consentimiento.
<b>Derechos</b>	Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, así como oponerte al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón DPO@grupoasisa.com.
<b>Información adicional</b>	Puedes dirigirte al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: <a href="https://www.asisavida.es/informacion-adicional-rgpd/">https://www.asisavida.es/informacion-adicional-rgpd/</a> .

El Tomador/Asegurado abajo firmante declara haber respondido de forma veraz y sincera a las preguntas incluidas en la Declaración de Salud, que constituyen la base para la valoración del riesgo por parte de ASISA VIDA SEGUROS, S.A.U., asumiendo las consecuencias legales de la reserva o inexactitud en la información facilitada, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 y concordantes de la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que podrán dar lugar, si medió dolo o culpa grave en la presente declaración, a la pérdida del derecho a la prestación en caso de siniestro.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

El Tomador de seguro:

El Asegurado (si es distinto del tomador):

**Antes de firmar repase la solicitud y compruebe que ha contestado en todos los apartados.**