

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

<input type="checkbox"/> De Emisión	<input type="checkbox"/> De Proyecto	Póliza N° _____
<input type="checkbox"/> De Modificación	<input type="checkbox"/> De Reemplazo	
Sucursal _____	Mediador Productor _____	Mediador de Cobro _____

Datos personales del Solicitante:

Nombre y apellidos, o razón social _____

NIF _____ Plantilla (en empresas) _____

Persona Física: Fecha de nacimiento / / Sexo Estado Civil N.º hijos

Idioma _____ Clave Nacionalidad _____ Clave

Profesión/Actividad empresa _____ Excluir publicidad Sí No

Domicilio _____ N.º Piso Puerta Teléfono

Código postal _____ Clave Población _____ Provincia _____

País _____ Clave E-mail _____

Domiciliación pago primas: IBAN _____ ID País D.C. Entidad bancaria Oficina D.C. Número de Cuenta

Domicilio fiscal _____ Población _____ C.P. _____ Clave

Datos personales del Asegurado (si es distinto):

Nombre y apellidos, o razón social _____

NIF _____ **Persona Física:** Fecha de nacimiento / / Sexo

Idioma _____ Clave Nacionalidad _____ Clave

Profesión/Actividad empresa _____ Excluir publicidad Sí No

Domicilio _____ N.º Piso Puerta Teléfono

Código postal _____ Clave Población _____ Provincia _____

País _____ Clave E-mail _____

Domicilio fiscal _____ Población _____ C.P. _____ Clave

Efecto del Seguro y Forma de Pago:

<input type="checkbox"/> Inmediato, a partir de la fecha de aceptación: _____	Forma de Pago:
<input type="checkbox"/> A partir del día: _____	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual

Datos profesionales y otros datos del Asegurado (de cumplimentación obligatoria):

Talla _____ cm. Peso _____ kg.

Actividad profesional que determina el riesgo a asegurar: _____

A rellenar por la Compañía: Código actividad		Descripción Actividad
Empresa		Teléfono
Domicilio profesional	Nº	Piso Puerta
Código Postal	Población	Provincia
Régimen Seguridad Social:	1 <input type="checkbox"/> Autónomos	2 <input type="checkbox"/> General
	3 <input type="checkbox"/> Otros (Indicar)	
Tipo de relación laboral:	1 <input type="checkbox"/> Por cuenta propia	2 <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena

¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización similar? Sí No.

En caso afirmativo indicar compañía/s y capital/es _____

Revalorización automática:

Revalorización automática del 3% del Capital Asegurado.

En caso de desear una revalorización distinta indíquelo: Sin revalorización 2% 4% 5%

Garantías y Capitales Asegurados:

Indemnización por Enfermedad y Accidente.

- Por enfermedad y accidente Por enfermedad (excluido accidente)

Período de Indemnización y Capitales Asegurados (Euros)

Hasta 31 días ^(*)	32 - 90 días ^(*)	91 - 365 días ^(*)	366 - 548 días ^(**)

Franquicia

- 3 días 30 días
 7 días Sin franquicia (consultar)
 15 días

(*) Indicar el Capital Asegurado diario para cada Período de Indemnización, siendo obligatorio el cumplimentar los 3 primeros periodos hasta los 365 días. En caso de indicar en cada período algún Capital Asegurado distinto, éste debe ser igual o superior al Capital Asegurado en el período inmediatamente anterior.

(**) Sólo debe cumplimentarse si se desea un Período de Indemnización de hasta 18 meses (548 días, período optativo).

Indemnización Complementaria Pre-Intervención Quirúrgica.

Hospitalización por Enfermedad y Accidente^(***). 120 días 365 días. **Capital Asegurado** _____ Euros

Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente. **Capital Asegurado** _____ Euros

Beneficiario: El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y herederos legales

(Min. 3.000 Euros / Máx. 24.000 Euros)

Designación expresa:

Indemnización por Intervención Quirúrgica.

Capital Base _____ Euros

(Min. 1.000 Euros / Máx. 10.000 Euros)

(***) Indicar el Período de Indemnización escogido (120 ó 365 días) e indicar el Capital Asegurado diario para esta Garantía, el cual no podrá ser superior al indicado en la Garantía de Indemnización por Enfermedad y Accidente para el periodo de «Hasta 31 días»

Tele-Suscripción Médica

Cumplimentar si el Capital Asegurado a contratar en la garantía principal es superior a 50 Euros en cualquier periodo de indemnización.

Datos necesarios para realización del cuestionario médico telefónico

Nombre y apellidos _____

Teléfono contacto (campo obligatorio) Fijo | | | | | | | | | | Móvil | | | | | | | | | |

Franja horaria preferible para la entrevista Mañana Tarde Noche Cualquier Horario

Idioma Castellano Inglés Catalán Francés Alemán

Para realizar el cuestionario médico telefónico se contactará con el candidato, por lo que es imprescindible informar de un teléfono de contacto.

La realización del proceso de Tele-Suscripción implica que no será necesaria la cumplimentación del apartado Declaración de Salud de la persona a asegurar de esta Solicitud de Seguro.

Declaración de Salud de la persona a asegurar (no es necesario cuando haya Tele-Suscripción):

A continuación se formulan una serie de cuestiones acerca del estado de salud del Asegurado, debiendo contestarse cada una de ellas con un **sí** o con un **no**, y, en caso de respuesta afirmativa, deberá indicarse en Aclaraciones del Cuestionario de Salud, enfermedad, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación de que se trate; fecha de los mismos y situación actual.

Cumplimentar cuidadosamente **todas** las preguntas. No utilizar signos ni rayas como respuesta. Cuando se deba responder Sí o No a una pregunta determinada, marcar con una X en la casilla adecuada.

¿Sufre o ha sufrido alguna enfermedad que se pueda englobar en alguno de los apartados siguientes?

1. Aparato respiratorio _____ Sí No
2. Corazón, aparato circulatorio, hipertensión arterial _____ Sí No
3. Aparato digestivo, hígado, vesícula biliar, ano-rectales _____ Sí No
4. Enfermedades infecciosas _____ Sí No
5. Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico, SIDA _____ Sí No
6. Enfermedades genito-urinarias, ginecológicas, mamarias _____ Sí No
7. Sistema nervioso _____ Sí No
8. Alteraciones psiquiátricas, depresiones, ansiedad... _____ Sí No
9. Sistema sensorial, vista, oído, nariz y enfermedades de la piel _____ Sí No
10. Aparato locomotor, huesos y articulaciones _____ Sí No
11. Procesos endocrinos, diabetes, gota, bocio... _____ Sí No
12. Enfermedad congénita, defecto físico, deformidad _____ Sí No
13. ¿Ha sufrido o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? _____ Sí No
14. ¿Padece o ha padecido artrosis u otro reumatismo y/o ha realizado rehabilitación o fisioterapia? _____ Sí No
15. ¿Toma o ha tomado alguna medicación habitualmente o sigue en la actualidad algún tipo de tratamiento? _____ Sí No
16. ¿Ha tenido algún accidente?. _____ Sí No
 En caso afirmativo, indique en Aclaraciones en qué fecha, con qué lesiones y si ha dejado secuelas
17. ¿Drogadicción o dependencia del alcohol? _____ Sí No
18. ¿En los últimos años ha sido sometido a exámenes especiales de diagnóstico tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o TAC, doppler, resonancia magnética, etc. y/o ha estado hospitalizado en los doce últimos meses? _____ Sí No
19. ¿Fuma más de 20 cigarrillos diarios? _____ Sí No
 En caso afirmativo, indique en Aclaraciones cantidad diaria.
20. ¿Practica algún deporte o actividad manifiestamente peligrosa? _____ Sí No
 En caso afirmativo, indique en Aclaraciones cuáles y con qué frecuencia. _____
21. ¿Padece o ha padecido cualquier otra enfermedad o accidente no mencionado anteriormente? _____ Sí No

Aclaraciones del Cuestionario de Salud

Núm. de pregunta afirmativa	Descripción de la enfermedad, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación de que se trate; fecha de los mismos y situación actual

Observaciones:

El tomador del seguro y la persona a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 122 y 126 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre. Esta nota informativa contiene información sobre: Legislación aplicable al contrato; Instancias para el caso de reclamación y procedimiento a seguir; Estado donde se ubica la Aseguradora y su denominación social y domicilio; tipo de seguro; los factores de riesgo a considerar en las primas aplicables a las renovaciones; garantías accesorias opcionales; condiciones de resolución; derecho de rehabilitación; libertad de elección del prestador; tarifas de prima estándar aplicables.

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

El abajo firmante declara que son exactas y verídicas las contestaciones que anteceden y que no han ocultado u omitido hechos o circunstancia alguna que pueda influir en la apreciación del riesgo y, que los datos contenidos en el presente cuestionario y los que faciliten en caso de realización del cuestionario médico telefónico (Tele-Suscripción Médica) han sido voluntariamente facilitados por el Solicitante del Seguro. 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.

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 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.
Legitimación del tratamiento	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 pre-contractuales, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento y el consentimiento expresamente otorgado por usted.
Potenciales destinatarios de los datos	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y administraciones públicas.
Derechos de protección de datos	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".
Información adicional	Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad

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 las 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 podrá dar 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.

El tomador del seguro y la persona a asegurar conocen y aceptan específicamente las condiciones limitativas de la póliza que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 de la ley 50/1980 de Contrato de Seguro, expresamente se recogen en esta solicitud.

El contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley del Contrato de seguro 50/1980 de 8 de octubre, en la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR) y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

Asimismo, el abajo firmante, reconoce que el Asegurador no contrae ninguna obligación en virtud a la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación o rechazo total o parcial de la misma.

Autorizo a que GENERALI trate mis datos personales de carácter sensible presentes en el cuestionario de salud y a obtener de forma confidencial por parte del 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 _____

El Mediador

El Solicitante y Asegurados

