



O.D.S. CORREDURIA DE SEGUROS, S.L.

Pl. del Ensanche, 7, 1º izda. - 48009 Bilbao
Telfs. 94 424 79 32 - 94 424 52 11 - Fax 94 424 51 19
e-mail: ods@mediadoresdeseguros.com

Compañía Aseguradora: Banco Vitalicio de España, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros

Datos personales del Solicitante / Asegurado:

Nombre y dos apellidos _____

NIF/CIF _____

Teléfono _____

Persona Física:

Fecha de nacimiento: | | | | | | | | | |

Sexo _____

Estado Civil _____

Nº de hijos _____

Profesión/Actividad empresa **Abogado**

Domicilio _____

Nº _____

Piso _____

Puerta _____

Código Postal | | | | | |

Población _____

Provincia _____

País _____

Entidad Bancaria Oficina D.C. Número de Cuenta

Domiciliación Pago Primas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha de efecto del Seguro y Forma de Pago solicitados:

A partir del día _____ / _____ / _____

Forma de Pago: Anual Semestral

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

Talla | | | | cm. Peso | | | | kg.

Actividad profesional que determina el riesgo a asegurar: **Abogado**

A rellenar por la Compañía: Código actividad | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Empresa _____

Teléfono _____

Domicilio profesional _____

Nº _____

Piso _____

Puerta _____

Código Postal | | | | | |

Población _____

Provincia _____

País _____

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

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

Garantías y Capitales Asegurados:

Indemnización por Enfermedad y Accidente

Período máximo indemnización: 548 días

Franquicia: 15 días

Capital asegurado diario: 50 euros 100 euros 200 euros

Datos de la Agencia

Agente productor _____

Código _____

Agente de cobro _____

Código _____

Cuestionario de Salud del Asegurado:

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.

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

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

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

Los abajo firmantes declaran 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 personales que figuran en el presente documento han sido voluntariamente facilitados por el interesado, previamente advertido de que los mismos serán objeto de tratamiento informatizado, como necesarios e imprescindibles para el establecimiento, mantenimiento y cumplimiento de la relación contractual entre partes, una vez formalizada la póliza de seguro que los justifica, pudiendo ser cedidos cuando el tratamiento responda a libre y legítima aceptación de una relación jurídica cuyo desarrollo, cumplimiento y control implique necesariamente la conexión de dicho fichero con ficheros de terceros, así como por razón de Coaseguro y/o Reaseguro, en su caso, de conformidad con lo establecido en el art. 11,2 c), de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. Los interesados reconocen haber sido informados de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los datos ante el propio Asegurador como responsable del Fichero, domiciliado en su sede social.

El Solicitante y los Asegurados autorizan al Asegurador para que solicite a cualquier médico que les hubiera reconocido o asistido en sus dolencias los datos y antecedentes patológicos que éste pudiera tener, o haber adquirido, con motivo de la prestación de sus servicios.

El contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre.

El Tomador del Seguro, asegurados y beneficiarios podrán formular sus reclamaciones al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía, mediante escrito dirigido a la Aseguradora en el que se expondrá el motivo de la queja.

El Tomador del Seguro, asegurados y beneficiarios podrán someter sus divergencias al Sistema Arbitral de Consumo al que se refiere el artículo 31 de la ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y por el R.D. 6536/1993, de 3 de mayo, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo, en los términos contenidos en la oferta pública de sometimiento al Sistema Arbitral de Consumo presentado por la Compañía.

El Tomador del Seguro, asegurado, beneficiario o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros, como órgano de control de la Compañía Aseguradora, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, en orden a la defensa de los derechos derivados del contrato de Seguro.

Los conflictos que puedan surgir entre tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Asimismo, los abajo firmantes, reconocen 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.

En _____, a _____ de _____ de _____

El Agente

El Solicitante y Asegurado