

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA FAMILIAR (Dececos y Garantías Complementarias)

Pol. nº	Agencia	Distr. Cobro	Proviene de pol. nº	Tipo Tarifa	Fecha de efecto

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

APELLIDOS Y NOMBRE: _____ **DNI:** _____
DIRECCIÓN: _____
POBLACIÓN: _____ **C.P.:** _____ **PROVINCIA:** _____
TELF: _____ **MÓVIL:** _____ **OTRO:** _____
AP. CORREOS DOMICILIO DE COBRO: _____ **E-MAIL:** _____

RELACION DE ASEGURADOS

Nº	Nombre y Apellidos	N.I.F.	Fecha	Derechos
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

GARANTIAS CONTRATADAS POR ASEGURADOS

Nº	Tipo y Capital de Servicio	Sepultura/Nicho	Tanatorio	Lápida/Crematorio	Accidentes	Residentes Europa/América (+ 90 días fuera de España)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

BENEFICIARIOS (En caso de fallecimiento): **LOS HEREDEROS LEGALES**

TRASLADO NACIONAL Y ASISTENCIA EN VIAJE: **INCLUIDO PARA TODOS LOS ASEGURADOS**

ASISTENCIA MÉDICA PRIVADA Y ASISTENCIA JURÍDICA SERVIAL SALUD: **SI / NO**

DOMICILIO SOCIAL: C/ Isabel La Católica nº 2-1º C.P. 46004-Valencia Tel. 96 351 9885 Fax: 96 351 6543 C.I.F.: A-46001186

REPATRIACION

País de
residencia:

País de Destino
(Origen):

Beneficiario del billete de avión i/v, y capital de
1000€:

IMPORTE DE LA PRIMA MENSUAL

PRIMA NETA	ACCIDENTE S	ASISTENCI A	RESIDENTES	IMPUESTOS	SUP. SALUD	IMPORTE TOTAL	FORMA DE PAGO	IMPORTE RECIBO

CUESTIONARIO DE SALUD

(Obligada cumplimentación)

1º.- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la que pueda derivarse un acortamiento en la esperanza de vida? Indique qué enfermedad y desde cuando la padece.

SI / NO

2º.- ¿Ha padecido o padece alguna minusvalía? Indique qué asegurado y que tipo y grado de minusvalía.

SI / NO

3º.- ¿Se ha sometido o tiene conocimiento de que en un futuro próximo usted o algún asegurado vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas de consideración?

SI / NO

4º.- ¿Alguno de los asegurados ha sufrido accidentes graves?

SI / NO

5º.- ¿Está siendo algún asegurado sometido a algún tratamiento médico? Indique cuál.

SI / NO

6º.- ¿Ha tomado o toma medicamentos, estimulantes, o estupefacientes? Indique cuál.

SI / NO

7º.- Si no se encuentran en ninguno de los anteriores supuestos pero tienen algo importante que comentar a su agente, por favor, háganlo constar aquí.

SI / NO

El que suscribe solicita del asegurador que extienda una póliza de decesos conforme a las condiciones que se derivan de esta solicitud y en base a las declaraciones anteriores. El Tomador solicita de ACTIVE – GRUPO APOCALIPSIS FF.RR.S.A. DE SEGUROS un seguro de decesos y sus complementarios / accidentes individuales, declarando a tal efecto que los datos y cantidades arriba expresados son ciertos, y perfecto el estado de salud del solicitante y los demás inscritos, aceptando el importe de la/s prima/s a pagar resultante de las garantías contratadas.

El presente contrato se registrará por la legislación española y en concreto, por la Ley de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, su Reglamento y por la normativa específica de aplicación.

En virtud de la ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, los datos personales de los asegurados que figuran en esta solicitud serán incluidos en ficheros automatizados del Grupo Apocalipsis, con domicilio social en C/ Isabel la Católica, 2-1º-1º, 46004 de Valencia, donde el titular podrá dirigirse para hacer valer sus derechos de rectificación, cancelación y oposición a los mismos.

Con la firma de este contrato, los asegurados otorgan su consentimiento para que los datos personales que constan en el presente contrato puedan ser automatizados con el fin de suscribir el contrato de seguro y/o ofrecerle otros seguros o garantías de esta entidad. Así mismo, consiente que sean cedidos, en todo o en parte, a otras entidades o instituciones colaboradoras del sector, por razones de reaseguro. Declaro haber leído el contenido íntegro de este cuestionario y haber contestado con exactitud a sus preguntas, así como manifiesto la veracidad de lo recogido en el mismo dando prueba de conformidad mediante mi firma.

Con la entrada en vigor de la nueva Ley 16/2009 de Servicios de Pagos de 4 de diciembre de 2009, estamos en la obligación de solicitarles autorización para remesar los recibos de la póliza con nosotros contratada, a su cuenta bancaria.

Les rogamos nos rellenen y firmen la presente autorización, anexa a su póliza de seguros. Autorizamos a la empresa APOCALIPSIS FRSA (o en su nombre comercial ACTIVE SEGUROS), con CIF A-46001186 a cargar en la cuenta arriba indicada, el importe de los recibos emitidos a nuestra entidad. Y para que así conste y surtan los oportunos efectos, lo firmo:

EL TOMADOR _____

(Obrando por su cuenta y en nombre de los asegurados)

A ____ de _____ de 20 ____