



Datos generales.

Modalidad: TAR Medium -2341-

Datos del Tomador

Nombre / Razón Social

Sindicato Profesional de Policías Locales y Bomberos

Mediador

Oficina

NIF / CIF

Nº. Póliza

726344 Rosillo Hermanos Correduría de Seguros, S.A.

G 0 3 1 7 2 6 1 6

59018160 (Bomberos)

Datos de la persona a asegurar

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

NIF / NIE

Domicilio

Nº

Piso (Otros)

Población

C.P.

Provincia

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Sexo

Profesión

Nº. Certificado

País de Residencia Fiscal

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Email

Domiciliación bancaria (cumplimentar obligatoriamente)

Cód. Entidad

Cód. Oficina

D.C.

Número de cuenta

Banco o Caja

Características del Seguro

Contingencias aseguradas: Fallecimiento por cualquier causa e Incapacidad Permanente en grado de Absoluta (para todo trabajo) por cualquier causa.

Módulo de capital asegurado	Señale opción	Módulo de capital asegurado	Señale opción
Módulo 1: 25.000 euros	<input type="checkbox"/>	Módulo 3: 75.000 euros	<input type="checkbox"/>
Módulo 2: 50.000 euros	<input type="checkbox"/>	Módulo 4: 100.000 euros	<input type="checkbox"/>
Módulo 5: 150.000 euros	<input type="checkbox"/>		

Beneficiarios

En caso de supervivencia: El propio asegurado.

En caso de fallecimiento: (Salvo indicación expresa del Asegurado, el orden preferente y excluyente en caso de fallecimiento será: 1º. Cónyuge no separado legalmente, 2º. Hijos, 3º. Padres, 4º. Herederos Legales).

Declaraciones de la persona a Asegurar

1. En el momento de la firma de esta solicitud ¿se encuentra en situación de incapacidad temporal? Sí No
1. En el momento de la firma de esta solicitud ¿está tramitando una incapacidad permanente? Sí No

Si su edad superior a 55 años o contrata el módulo 5, por favor, responda adicionalmente a la siguiente cuestión.

¿Durante los últimos 5 años ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado o ha sido sometido a exploración, o tiene previsto serlo de: corazón, pulmón, trastorno circulatorio, presión arterial alta, derrame cerebral, diabetes, problemas de riñón, hígado, trastornos neurológicos, infección por VIH, hepatitis B o C, cáncer, melanoma, tumor, quiste, bulto, pólipos, o en los últimos 2 años ha sido hospitalizado durante más 7 días consecutivos? Sí No

La contratación del módulo 5 requerirá asimismo la realización de un cuestionario de salud mediante tele-suscripción.

El Asegurado certifica haber contestado completa y verídicamente a las preguntas antes citadas. Autoriza a médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la Compañía a darle a ésta las informaciones necesarias para esta propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar su solicitud. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión de la misma. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Calle Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 o 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante abajo firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a ____ / ____ / ____
Firma de la persona a asegurar