

**SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD**

Efecto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

 Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_ F. Nac \_\_\_\_\_ Sexo (H/M) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DATOS DE LOS ASEGURADOS**

 El Solicitante, ¿Será asegurado? SI  NO 

	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4	Asegurado 5
Nombre				
Apellido 1				
Apellido 2				
F. Nacimiento				
Sexo (H/M)				
Parentesco				
NIF / DNI / NIE				
Profesión				

**DATOS DE PAGO**

 Periodicidad: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual 

Domiciliación bancaria \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD**

Los asegurados declaran que a la fecha de firma de esta solicitud no han sido diagnosticados de Procesos Oncológicos (con diagnóstico menor de 10 años), Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Diabetes Mellitus, Obesidad Mórbida, Síndrome de Down, Espina Bífida, Tetralogía de Fallot., Arteroesclerosis, Cardiopatía Isquémica, Enfermedades Cerebrovasculares y Enfermedad Hipertensiva Maligna, Fibrosis Pulmonar, Enfermedad Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Crónica, Hepatopatías Crónicas, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Esquizofrenia, Retraso Mental, Trastornos Bipolares, Artritis Reumatoide, distrofias Musculares, Lupus Sistémico, Dermatomiositis, Espondilitis Anquilopoyética, Hemofilia, Anemia Falciforme. Asimismo declara que a la fecha de firma de esta solicitud no tiene conocimiento de precisar intervención quirúrgica alguna.

**ACEPTACIÓN Y FIRMA**
**OBSERVACIONES**

Fecha y firma \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás disposiciones concordantes y complementarias de aplicación, las personas a asegurar autorizan expresamente a cualquier médico o centro hospitalario que les hubieran asistido o reconocido, a proporcionar confidencialmente a la Compañía aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener, o de los que hubieran tenido conocimiento al prestar sus servicios, para que la Compañía aseguradora los trate con la finalidad de evaluar el riesgo y, en su caso, aceptar la solicitud y emitir la póliza, tramitar el siniestro y pagar, si procediera, la indemnización: Además se pone en conocimiento de los interesados quienes expresamente consienten: a) Que los datos de carácter personal que constan en esta solicitud de seguro, así como los que puedan generarse en caso de siniestro, incluidos los de salud, serán incorporados y tratados en los ficheros automatizados de que es titular Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, compañía destinataria de los mismos. b) Que los datos personales que se recogen en esta solicitud de seguro son de obligado suministro al ser indispensables para la valoración del riesgo y para el mantenimiento y efectividad de la relación contractual. Si se emitiera la póliza y se celebrase el contrato, y siempre que los datos sean adecuados y pertinentes a las finalidades que más adelante se citan, sean cedidos a las siguientes entidades encargadas del tratamiento: (a) las compañías coaseguradoras y reaseguradoras, para cumplir sus relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; (b) Grupo Generali España A.I.E. entidad domiciliada en la calle Orense número 2 de Madrid; para que se tramite, gestione y liquide los siniestros, actividades que constituyen su propio objeto social; (c) los arrendadores de los servicios contratados en la presente póliza, para prestar aquellos que exija el cumplimiento del contrato de seguro; (d) las compañías especializadas en la gestión de cobro de los recibos de prima con esa finalidad; considerándose informados de estas cesiones en virtud de la presente cláusula. c) Que en el caso de que la póliza se emitiera y se perfeccionara el contrato de seguro, y salvo siempre su indicación en contrato notificada a la Compañía aseguradora, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio sean también tratados para segmentar y realizar perfiles de los clientes, con la finalidad de promover acciones comerciales, incluso de venta cruzada, e incluso mediante la cesión de la información resultante de estos procesos informáticos a sus mediadores de seguros, y de remitir el propio asegurado o terceros por su cuenta, cualesquiera informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios financieros y productos de seguros propios o de terceros d) Que los titulares de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social de Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros situado en la calle Orense número 2 de Madrid.

**CLÁUSULA DE CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE LA NOTA INFORMATIVA**

El tomador del seguro y las personas a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El contenido de esta nota informativa es: 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; Definición de garantías y opciones; Duración del contrato; Condiciones para su rescisión; Condiciones; plazos y vencimiento de las primas; Métodos para calcular y asignar participaciones en beneficios; Valores de rescate y reducción; Primas relativas a cada garantía cuando se considere necesario; Definición de las unidades de cuenta de las prestaciones e indicación de activos representativos; Ejercicio del derecho de resolución; e indicaciones generales sobre el Régimen Fiscal Aplicable.

**CLÁUSULA SOBRE LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LOS DATOS DECLARADOS**

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario de salud y que no han ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo. 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.

De conformidad con lo establecido en el art. 42 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, el firmante declara haber sido informado de que la propuesta realizada está basada en el análisis de un número suficiente de contratos ofrecidos por aseguradoras que operan en el ramo de asistencia sanitaria. Como resultado del análisis de las necesidades del cliente y de las ofertas existentes se le ha recomendado, en base al criterio profesional de la Correduría de Seguros, la contratación del seguro que el cliente acepta con su firma.