

Cuestionario Sucursal [] Mediator [] Colaborador [] N° Póliza []
Fecha Inicio [][][][][][][] Certificado []

SOLICITANTE O TOMADOR DEL SEGURO

Razón Social/Nombre y Apellidos _____ CIF/NIF _____
Centro de Trabajo _____

Nombre y Apellidos _____ NIF _____
Domicilio _____ Teléfono _____
C. Postal _____ Población _____ Provincia _____ Fecha Nacimiento _____
Sexo _____ Alta en la empresa _____ Fecha de efecto _____

Banco: _____ Código Cuenta IBAN

E	S																		
País		IBAN		Entidad		Oficina		DC		Número de Cuenta									

FORMA DE PAGO ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐ Única

Profesión y Actividad (Ej. Administrativo, Tornero, Estudiante...)	Código
Sector (Ej. Industria textil, Construcción, Banca...)	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

- ☐ a) El cónyuge del Asegurado.
 - ☐ b) El cónyuge y, en su defecto, los hijos del Asegurado.
 - ☐ c) Los hijos del Asegurado.
 - ☐ d) El cónyuge e hijos del Asegurado.
 - ☐ e) Los padres del Asegurado.
 - ☐ f) Los herederos legales del Asegurado.
 - ☐ g) El padre del Asegurado.
 - ☐ h) La madre del Asegurado.
 - ☐ i) El cónyuge y, en su defecto, los padres del Asegurado.
 - ☐ j) Los padres y, en su defecto, los hermanos del Asegurado.
 - ☐ k) Los hermanos del Asegurado.
 - ☐ l) El cónyuge y la madre del Asegurado.
 - ☐ m) El cónyuge y el padre del Asegurado.
 - ☐ n) El cónyuge y los hermanos del Asegurado.
 - ☐ ñ) Los padres y los hermanos del Asegurado.
 - ☐ o) El cónyuge y los padres del Asegurado.
 - ☐ p) Otros

En caso de no designación serán beneficiarios: el cónyuge del Asegurado no separado legalmente e hijos a partes iguales, y en defecto de todos ellos - con el orden que se indica - los padres, abuelos y hermanos del Asegurado.

DATOS DE LAS GARANTÍAS:

Garantía

Fallecimiento
Incapacidad Permanente Absoluta
Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual
Fallecimiento por Accidente
Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente
Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual por Accidente
Fallecimiento por Accidente de Circulación
Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente Circulación
Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual por Accidente de Circulación

Capital Asegurado en euros

Incremento

DECLARACIONES DE LA PERSONA A ASEGURAR:

CONSTITUCIÓN FÍSICA

Peso _____ Kg. Estatura _____ cm. Tensión: máxima _____ mínima _____

HÁBITOS

a) ¿Fuma más de 20 cigarrillos diarios?

b) ¿Tiene problemas de alcoholismo o drogodependencia?

c) ¿Practica habitualmente algún deporte como aficionado o profesionalmente? Detallar.....

d) ¿Le ha sido rechazado o aceptado con sobreprima algún seguro sobre la vida, de Invalidez, Enfermedad Grave o Accidentes?

e) ¿Tiene actualmente algún problema de salud?

f) ¿Utiliza gafas o lentillas con más de 8 dioptrías?

g) ¿Realiza o ha realizado algún tratamiento médico de más de siete días en los últimos cinco años?

h) ¿Tiene alguna limitación física o invalidez?

i) ¿Ha dado positivo algún test de VIH?

j) ¿Ha tenido que interrumpir su actividad profesional por motivos de salud durante más de 15 días consecutivos en los últimos 12 meses?

k) ¿Se encuentra actualmente de baja por Incapacidad Temporal?

l) ¿Ha sufrido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica?

m) ¿Padece o ha padecido enfermedades relacionadas con?: (Marcar con una ☒ en caso afirmativo)

1. Vías Respiratorias
(Asma, Tuberculosis, Pulmonía, Bronquitis, etc.)

5. Metabolismo/Sangre
(Diabetes, Anemia, Gota, etc.)

9. Sistema Circulatorio
(Infarto, Angina, Arritmias, Hipertensión, etc.)

2. Sistema Nervioso
.....(Neuralgias, Vértigo, Epilepsia, Depresiones, etc.)

6. Columna Vertebral
(Hernias, Lumbalgias, Ciática, Traumatismos, etc.)

10. Accidentes Vasculares
(Embolias, Trombosis, Varices, Hemorragias, etc.)

3. Vías Urinarias
Enfermedades sexuales, Riñones, Vejiga, Próstata, etc.)

7. Aparato Digestivo
(Estómago, Hígado, Páncreas, etc.)

11. Otras enfermedades no indicadas

4. Tumores
(Malignos o Benignos)

8. Sentidos
(Vista, Sordera, etc.)

Detallar en caso de alguna Respuesta Afirmativa

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Finalidad	Estudio, propuesta de seguro y, en su caso, formalización del contrato.
Legitimación	Ejecución de un contrato.
Destinatarios	Cesión a terceros colaboradores de la compañía y ficheros comunes del sector asegurador. Transferencias internacionales intragrupo.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional.
Procedencia	El interesado a través del mediador de seguros.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.allianz.es/privacidad-seguridad

El contratante y el asegurado consienten expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios e indispensables para la contratación del seguro y, adicionalmente, consienten para:

• Fines publicitarios y de prospección comercial.....

• Cesión a las demás entidades del GRUPO ALLIANZ en España (consultables en www.allianz.es), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y, que puedan de su interés

• Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un “perfil comercial” en base a la información facilitada.

SI ☐ NO ☐

SI ☐ NO ☐

SI ☐ NO ☐

EL TOMADOR DEL SEGURO declara haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y presentarle una oferta que se ajuste a sus exigencias y necesidades, por lo que, tras analizar la información con carácter previo a la contratación, solicita que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su firma y al pago de la prima. Asimismo, declara que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asume íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. De la misma forma, se compromete a comunicar al Asegurador, tan pronto le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado. El candidato a Tomador de Seguro declara haber recibido la información previa a la contratación de la póliza relativa a la protección al asegurado estipulada en el Capítulo VII y Capítulo VI, respectivamente, de la Ley 25/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como la información contemplada en el Capítulo VI de la normativa de distribución de seguros y reaseguros. Se compromete a trasladar esta información a las personas a asegurar, entregándoles copia de los documentos recibidos.

En _____ a _____ de _____ de _____
El Tomador del Seguro* La Persona a Asegurar El Mediador

*Datos del Firmante (Representante legal):
NIF _____
Nombre y Apellidos _____

548 0618 2/2