Boletín de adhesión simplificado.

Seguro de Vida Colectivo

Allianz Seguros

Allianz

Cuestionario

Sucursal: _____ Mediador: _____ Colaborador: _____ Nº Póliza: _____

Fecha Inicio: _____ Certificado: _____

Datos Generales

Solicitante o Tomador

Razón Social/Nombre y Apellidos _____ CIF/NIF _____

Centro de Trabajo _____

Asegurado

Nombre y Apellidos _____ NIF _____

Domicilio _____ Teléfono _____

C. Postal _____ Población _____ Provincia _____ Fecha Nacimiento _____

Sexo _____ Alta en la empresa _____ Fecha de efecto _____

Datos de cobro

Rellenar únicamente en caso de pago por parte del Asegurado:

	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
Código Cuenta (CCC):				

☐ Anual ☐ Trimestral ☐ Única

☐ Semestral ☐ Mensual

Actividad

Profesión y Actividad (Ej. Administrativo, Tornero, Estudiante...) _____

Sector (Ej. Industria textil, Construcción, Banca...) _____ Código _____

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	Capital Asegurado en euros	Incremento
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	.....	.....

549 - 06/09

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Sede Social: Pº de la Castellana, 39 28046 Madrid; Oficinas Centrales: C/ Tarragona, 109 08014 Barcelona; Telf. 902 23 26 29 Fax. 902 33 36 39
R.M. de Madrid, Tomo 3758; Libro 0; Folio 1; Sección 8; Hoja M 62591 - N.I.F. A-28007748

AENOR ER Empresa Registrada ER-2071/2004
Certificado de Calidad en el diseño y contratación de seguros y la gestión de siniestros.
CERTIFIED IQNet QUALITY SYSTEM

Nombre y Apellidos NIF

Declaraciones de la persona a asegurar:

a) ¿Padece actualmente alguna enfermedad o dolencia? ..... Si ☐ No ☐

b) ¿Su agudeza visual sobrepasa seis dioptrías, tanto por miopía, hipermetropía como por astigmatismo? ..... Si ☐ No ☐

c) ¿Padece o ha padecido algún tipo de enfermedad, (crónica o aguda), que le haya dejado alguna secuela que necesite o haya necesitado de algún tratamiento médico, régimen y/o intervención quirúrgica? ..... Si ☐ No ☐

d) ¿Ha sido víctima de algún accidente a consecuencia del cual le haya quedado algún defecto físico o alguna secuela? ..... Si ☐ No ☐

e) ¿Practica algún deporte de riesgo, de motor, deportes en aguas bravas, deportes aéreos? ..... Si ☐ No ☐

f) ¿Ha tenido que interrumpir su actividad profesional por motivos de salud durante más de 15 días consecutivos en los últimos 12 meses? ..... Si ☐ No ☐

Detallar en caso de alguna Respuesta Afirmativa

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. ha integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su solicitud de seguro, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de la siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en C/Tarragona, 109 - 08014 Barcelona; Teléfono 902 23 26 29; Fax 902 33 36 39; e-mail: lopd@allianz.es

Salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora, que constan en este documento, el firmante autoriza expresamente, aún cuando la operación no se formalizara, al uso y conservación de dichos datos por la Compañía con fines publicitarios y de prospección comercial así como la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades pertenecientes al sector financiero, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés.

Formalizada la relación contractual sus datos personales serán tratados para el mantenimiento, desarrollo y control del contrato de seguro, gestión de siniestros, así como para la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, y para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros, así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

La persona a asegurar autoriza al Asegurador a solicitar información a los médicos o centros que pudieran haberle prestado asistencia médica.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y LA PERSONA A ASEGURAR declaran haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y solicitan que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su firma y al pago de la prima. Asimismo, declaran que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asumen íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

El candidato a Tomador de Seguro declara haber recibido la información a que se refiere el Art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y los Arts. 104 y siguientes del Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. 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