

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin efectuar tachaduras ni correcciones.

Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

☐ De Emisión	☐ De Proyecto	Póliza N°
☐ De Modificación	☐ De Reemplazo	Agente de Cobro
Sucursal	Agente Productor	

Datos personales del Solicitante:

Nombre y apellidos, o razón social

NIF

Plantilla (en empresas)

Persona Física: Fecha de nacimiento / / Sexo Estado Civil N.º hijos

Idioma Clave Nacionalidad Clave

Profesión/Actividad empresa Excluir publicidad ☐ Sí ☐ No

Domicilio N.º Piso Puerta Teléfono

Código postal Clave Población Provincia

País Clave E-mail

Domiciliación pago primas: IBAN ID País D.C. Entidad bancaria Oficina D.C. Número de Cuenta

Domicilio fiscal Población C.P. Clave

Domicilio de residencia habitual de los Asegurados y Otros Seguros:

☐ El del solicitante

☐ Otro, indicar domicilio N.º Piso Puerta Teléfono

Código postal Clave Población Provincia

(Todos los Asegurados deben residir en un mismo domicilio)

¿Alguno de los Asegurados tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización similar? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo indicar Asegurado/s, compañía/s y capital/es

Efecto del Seguro y Forma de Pago:

☐ Inmediato, a partir de la fecha de aceptación: / /

☐ A partir del día: / /

Forma de Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Datos de los Asegurados (de cumplimentación obligatoria):

Código de actividad 0 2 0 0 0 0 0 0 0 2

1. El Solicitante, ¿Se incluye como Asegurado? ☐ Sí ☐ No Talla: / / cm. Peso: / / Kg. ☐ Baja

☒ Hospitalización por Enfermedad y Accidente. ☐ 120 días ☐ 365 días Capital Asegurado / / / / Euros

☐ Indemnización por Intervención Quirúrgica. Capital Base / / / / Euros

(Min. 1.000 Euros / Máx. 10.000 Euros)

2. Nombre Sexo Fecha de nacimiento: / /

DNI / NIF *Parentesco: / Talla: / / cm. Peso: / / Kg. ☐ Baja

☒ Hospitalización por Enfermedad y Accidente. ☐ 120 días ☐ 365 días Capital Asegurado / / / / Euros

☐ Indemnización por Intervención Quirúrgica. Capital Base / / / / Euros

(Min. 1.000 Euros / Máx. 10.000 Euros)

3. Nombre Sexo Fecha de nacimiento: / /

DNI / NIF *Parentesco: / Talla: / / cm. Peso: / / Kg. ☐ Baja

☒ Hospitalización por Enfermedad y Accidente. ☐ 120 días ☐ 365 días Capital Asegurado / / / / Euros

☐ Indemnización por Intervención Quirúrgica. Capital Base / / / / Euros

(Min. 1.000 Euros / Máx. 10.000 Euros)

4. Nombre Sexo Fecha de nacimiento: / /

DNI / NIF *Parentesco: / Talla: / / cm. Peso: / / Kg. ☐ Baja

☒ Hospitalización por Enfermedad y Accidente. ☐ 120 días ☐ 365 días Capital Asegurado / / / / Euros

☐ Indemnización por Intervención Quirúrgica. Capital Base / / / / Euros

(Min. 1.000 Euros / Máx. 10.000 Euros)

*1: Titular 2: Esposo/a 3: Hijo/a 4: Padre - Madre 5: Abuelo/a 6: Sobrino/a 7: Nieto/a 8: Tío/a 9: Otros

Revalorización automática:

Revalorización automática del 3% del Capital Asegurado.

En caso de desear una revalorización distinta indíquelo: ☐ Sin revalorización ☐ 2% ☐ 4% ☐ 5%

Cuestionario de Salud:

A continuación se formulan una serie de cuestiones acerca del estado de salud de todos y cada uno de los Asegurados, debiendo contestarse cada una de ellas con un **sí** o con un **no**, y, en caso de respuesta afirmativa, deberá indicarse en Aclaraciones del Cuestionario de Salud, nombre de la persona afectada, enfermedad, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación de que se trate; fecha de los mismos y situación actual.

¿Alguno de los Asegurados sufre o ha sufrido alguna enfermedad que se pueda englobar en alguno de los apartados siguientes?

1. Aparato respiratorio _____ ☐ Sí ☐ No
2. Corazón, aparato circulatorio, hipertensión arterial _____ ☐ Sí ☐ No
3. Aparato digestivo, hígado, vesícula biliar, ano-rectales _____ ☐ Sí ☐ No
4. Enfermedades infecciosas _____ ☐ Sí ☐ No
5. Enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico, SIDA _____ ☐ Sí ☐ No
6. Enfermedades génito-urinarias, ginecológicas, mamarias _____ ☐ Sí ☐ No
7. Sistema nervioso _____ ☐ Sí ☐ No
8. Alteraciones psiquiátricas, depresiones, ansiedad... _____ ☐ Sí ☐ No
9. Sistema sensorial, vista, oído, nariz y enfermedades de la piel _____ ☐ Sí ☐ No
10. Aparato locomotor, huesos y articulaciones _____ ☐ Sí ☐ No
11. Procesos endocrinos, diabetes, gota, bocio... _____ ☐ Sí ☐ No
12. Enfermedad congénita, defecto físico, deformidad _____ ☐ Sí ☐ No
13. ¿Ha sufrido o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? _____ ☐ Sí ☐ No
14. ¿Padece o ha padecido artrosis u otro reumatismo y/o ha realizado rehabilitación o fisioterapia? _____ ☐ Sí ☐ No
15. ¿Toma o ha tomado alguna medicación habitualmente o sigue en la actualidad algún tipo de tratamiento? _____ ☐ Sí ☐ No
16. ¿Ha tenido algún accidente? _____ ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique en Aclaraciones en qué fecha, con qué lesiones y si ha dejado secuelas

17. ¿Drogadicción o dependencia del alcohol? _____ ☐ Sí ☐ No
18. ¿En los últimos años ha sido sometido a exámenes especiales de diagnóstico tales como:
ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o TAC, doppler,
resonancia magnética, etc. y/o ha estado hospitalizado en los doce últimos meses? _____ ☐ Sí ☐ No
19. ¿Fuma más de 20 cigarrillos diarios? _____ ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique en Aclaraciones cantidad diaria.

20. ¿Practica algún deporte o actividad manifiestamente peligrosa? _____ ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique en Aclaraciones cuáles y con qué frecuencia.

21. ¿Padece o ha padecido cualquier otra enfermedad o accidente no mencionado anteriormente? _____ ☐ Sí ☐ No

Aclaraciones del Cuestionario de Salud

[illegible]

Observaciones:

El tomador del seguro y la persona a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 122 y SS. del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre. Esta nota informativa contiene información sobre: 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; tipo de seguro; los factores de riesgo a considerar en las primas aplicables a las renovaciones; garantías accesorias opcionales; condiciones de resolución; derecho de rehabilitación; libertad de elección del prestador; tarifas de prima estándar aplicables.

Los abajo firmantes declaran que son exactas y verídicas las contestaciones que anteceden y que no han ocultado u omitido hechos o circunstancia alguna que pueda influir en la apreciación del riesgo y, que los datos contenidos en el presente cuestionario han sido voluntariamente facilitados por el Solicitante del Seguro. 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.

Informe de Situación Financiera y de Solvencia

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 122.5 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el informe de situación financiera y de solvencia del asegurador correspondiente al último ejercicio se encuentra a disposición de los tomadores y asegurados en la página web de la compañía (www.generali.es).

Información básica sobre Protección de Datos	
Responsable del tratamiento	Generali España S.A, de Seguros y Reaseguros ("GENERALI").
Finalidades del tratamiento	1. Gestionar su solicitud y ofrecerle el producto de seguro que más se ajusta a sus exigencias y necesidades. 2. Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a su solicitud. 3. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la presente solicitud.
Legitimación del tratamiento	Sus datos personales, así como los que se puedan generar en caso de siniestro, incluso los de salud que fueran necesarios para su tramitación, serán tratados con base en la aplicación de medidas precontractuales, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento y el consentimiento expresamente otorgado por usted.
Potenciales destinatarios de los datos	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y administraciones públicas.
Procedencia de los datos	Datos personales facilitados por usted y/o su mediador de seguros, así como procedentes de ficheros comunes, ficheros sectoriales y/o organismos públicos, y médicos o centros sanitarios y hospitales que le hubieran asistido o reconocido.
Derechos de protección de datos	Usted puede revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado para las actividades de tratamiento de datos personales por parte de GENERALI, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento de datos y portabilidad de datos, tal como se detalla en la "Información Adicional".
Información adicional	Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad

El contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley del Contrato de seguro 50/1980 de 8 de octubre, en la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR) y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

El Tomador del Seguro, Asegurados y Beneficiarios podrán formular sus reclamaciones al Servicio de Quejas y Reclamaciones mediante escrito dirigido al Asegurador en el que se expondrá el motivo de la queja.

El Tomador del Seguro, Asegurado, Beneficiario o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán formular reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano de control del Asegurador, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, en orden a la defensa de los derechos derivados del contrato de Seguro.

Los conflictos que puedan surgir entre tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Asimismo, los abajo firmantes, reconocen que el Asegurador no contrae ninguna obligación en virtud a la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación o rechazo total o parcial de la misma.

☐ El Solicitante o titular del Seguro miembro de la unidad familiar, presta el consentimiento en su propio nombre, y en nombre de cada uno de los miembros que componen la unidad familiar, para que los datos contenidos en el presente documento, especialmente los relativos a la salud de los titulares de los datos, sean tratados por la entidad aseguradora, e incluso comunicados a los médicos valoradores, con la única finalidad de tramitar la admisión a contratación, en su caso, de la solicitud del seguro.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del Mediador

Firma del Solicitante y Asegurado

