

SEGURO VIDA COLECTIVO UOB —TASA MEDIA

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE: _____ **APELLIDOS:** _____

NIF: _____ **SEXO:** _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____

DOMICILIO: _____ **C.P.** _____

POBLACIÓN: _____ **PROVINCIA:** _____

EMAIL: _____ **TELÉFONO:** _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

BENEFICIARIOS DEL SEGURO: _____

Adjuntar fotocopia del NIF

MARCAR OPCIÓN DESEADA

FALLECIMIENTO

FALLECIMIENTO + INVALIDEZ 30.000 €

FALLECIMIENTO + INVALIDEZ 60.000 €

NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros de Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con CIF nº A-28119220, con los exclusivos fines de delimitar y valorar el riesgo, y gestionar y controlar el desarrollo de la relación contractual, así como para facilitarle información sobre los productos y servicios de las entidades pertenecientes al Grupo Asegurador Catalana Occidente. Igualmente le informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, solicitándolo por escrito en la siguiente dirección postal: Avda. Alcalde Barnils, 63—08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona), o bien remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: lopd@catalanaoccidente.com

(**) : ELS ESPECIFICATS A LA PÀG. ANTERIOR



Sucursal: -
Mediador: -

Nº Póliza: -

SOLICITUD DE SEGURO VIDA COLECTIVO. INCLUSIÓN DE ASEGURADO

DATOS DEL TOMADOR

N.I.F.: 607618754 Razón social: UNIO OBRERA BALEAR (UOB)

DATOS ASEGURADO

N.I.F.: Sexo: (**) Masculino (**) Femenino Fecha nacimiento: (**)

Nombre: (**) Apellidos: (**) Profesión: Deportes que practica: Entidad Bancaria (*): (**) Banco: (**) Agencia: (**) D.C.: (**) Número de cuenta o libreta: (**)

BENEFICIARIOS

- Designación automática: El asegurado, en su defecto el cónyuge, en defecto de ambos los hijos por partes iguales y en defecto de todos ellos los herederos legales
Designación expresa: (**) (arrow)

DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD CORRESPONDIENTE A LA PERSONA A ASEGURAR

Indique, por favor, las siguientes medidas: Estatura: cm. Peso: kg. ¿Cuáles son los valores de su Presión Arterial: Máxima: Mínima:
¿Tiene algún defecto Físico o Psíquico? NO SI ¿Cuál?
¿Goza de buena salud? SI NO ¿Por qué?
¿Padece o ha padecido alguna anomalía? NO SI ¿Cuál?
A) Cardiovascular B) Aparato Respiratorio C) Aparato Digestivo y Abdomen D) Aparato Genitourinario
Indique otras enfermedades que padece o ha padecido
¿Le han hecho algún test de SIDA? NO SI ¿Con qué resultado?
¿Consumo o ha consumido VD. drogas? NO SI ¿Cuál?
¿Ha sufrido algún accidente? NO SI Secuelas
¿Ha sido operado alguna vez? SI NO Operaciones Fecha Secuelas
Especialistas consultados en los últimos 5 años Nombres Dirección Motivo de la consulta
Detalle de los medicamentos o drogas que consume
Antecedentes familiares: ¿Vive su padre? SI NO Edad Fallecido años ¿Vive su madre? SI NO Edad Fallecido años
¿Su padre o su madre padece o ha fallecido por alguna de las enfermedades siguientes? Diabetes Enfermedad o Insuficiencia Cardíaca Enfermedad Renal Cáncer
En caso de ser Vd. fumador indique, el consumo diario en: Cigarrillos Puros Pipas
Relevo del secreto profesional y legal a cualquier médico o Centro Asistencial que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias, y les autorizo a revelar a la entidad todos los datos y antecedentes patológicos de que puedan tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios.

NORMATIVA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros de Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con CIF nº A-28119220, con los exclusivos fines de delimitar y valorar el riesgo, y gestionar y controlar el desarrollo de la relación contractual, así como para facilitarle información sobre los productos y servicios de las entidades pertenecientes al Grupo Asegurador Catalana Occidente. Igualmente le informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, solicitándolo por escrito en la siguiente dirección postal: Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona), o bien remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: lopd@catalanaoccidente.com.

CERTIFICO LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN ESTA SOLICITUD DE SEGURO, aceptando que toda omisión de información o falsa declaración que induzca a una incorrecta evaluación del riesgo, dará derecho a la Compañía a rescindir la póliza mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro.

NOTA.- Si el solicitante es menor de edad, su firma debe ser acompañada de la del Padre o Tutor, quien se responsabiliza de las declaraciones efectuadas por el menor.

PERSONA A ASEGURAR

¿Se encuentra en situación de invalidez o ha iniciado trámites para ello? NO SI



Código de Barras para tramitar: 4008579905

4008579905001002311

Tras la emisión, enviar este documento a Logística y Servicios (info J3420).