

Fecha de Efecto _____ / _____ / _____

SOLICITUD DEL SEGURO TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

<input type="checkbox"/>	de PÓLIZA NUEVA
<input type="checkbox"/>	de REEMPLAZO a Póliza nº
<input type="checkbox"/>	de SUPLEMENTO (*) a Póliza nº

1. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

NIF / NIE		Nombre		Apellidos <i>(Separar con coma apellido 1º, apellido 2º)</i>	
Estado civil		Fecha de nacimiento		Edad	
País de nacimiento		Nacionalidad		Sexo	
				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
País de residencia		Domicilio <i>(Indicar, en orden, tipo de vía -calle, plaza, avda., etc.- nombre de la vía, número, bloque, piso, portal, escalera, puerta, resto de domicilio)</i>			
Localidad		Provincia		C.P.	
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Correo electrónico	

Profesión _____ Empleo _____

2. GARANTÍAS BÁSICAS

FALLECIMIENTO (FCC): El Asegurador asume el pago de la suma asegurada que se contrate y que figure en las condiciones particulares de la póliza en caso de fallecimiento del Asegurado, cualquiera que sea la causa que lo produzca y en cualquier lugar. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad de setenta años. A partir de los 70 años se realizará un estudio personalizado de las necesidades del asegurado sin límite de edad.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (IPA): El Asegurador asume el pago de la suma asegurada que se contrate y que figure en las condiciones particulares de la póliza en caso de que el Asegurado se encuentre en una situación física o psíquica irreversible provocada por cualquier causa determinante de la total incapacidad del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.

GASTOS DE SEPELIO: El Asegurador abonará a los beneficiarios la suma asegurada de seis mil euros para hacer frente a los gastos de sepelio del Asegurado fallecido.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado los medios necesarios para que, en caso de padecimiento de una enfermedad grave que figure en las condiciones generales de la póliza, se efectúe un segundo diagnóstico a fin de confirmar o modificar el primero, se indique cuál es el tratamiento más adecuado, así como los centros asistenciales y los facultativos más prestigiosos a nivel nacional e internacional que lo realicen.

3. GARANTÍAS OPCIONALES

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (FCA): En caso de contratación de esta garantía, el Asegurador asumirá el pago de una suma asegurada adicional, igual a la contratada para caso de fallecimiento, en caso de que el Asegurado fallezca a causa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a su voluntad. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN (FCAC): el Asegurador garantiza el pago de una suma asegurada adicional, igual a la contratada para Fallecimiento por Accidente, en caso de que el Asegurado fallezca a causa de un accidente de circulación. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.

4. PRIMAS

EDAD	GARANTÍAS	CAPITALES	PRIMA ANUAL	PRIMA SEMESTRAL	PRIMA TRIMESTRAL	PRIMA MENSUAL
OPCIÓN A: SUMA ASEGURADA 150.000 €						
18 a 60	BÁSICAS	150.000	257,75	130,82	65,73	22,12
61 a 65		150.000	707,75	359,19	180,48	60,74
66 a 70		100.000	1.092,50	554,45	278,59	93,77
18 a 60	BÁSICAS+OPCIONALES	150.000	410,30	208,23	104,62	35,21
61 a 65		150.000	860,30	436,60	219,37	73,83
OPCIÓN B: SUMA ASEGURADA 100.000 €						
18 a 60	BÁSICAS	100.000	172,50	87,55	43,99	14,81
61 a 65		100.000	482,50	244,87	123,04	41,41
66 a 70		100.000	1.092,50	554,45	278,59	93,77
18 a 60	BÁSICAS+OPCIONALES	100.000	274,20	139,16	69,93	23,54
61 a 65		100.000	584,20	296,48	148,98	50,15
OPCIÓN C: SUMA ASEGURADA 50.000 €						
18 a 60	BÁSICAS	50.000	97,25	49,37	24,80	8,35
61 a 65		50.000	257,25	130,57	65,60	22,08
66 a 70		50.000	547,25	277,74	139,55	46,97
18 a 60	BÁSICAS+OPCIONALES	50.000	148,10	75,17	37,77	12,72
61 a 65		50.000	308,10	156,37	78,57	26,45

El primer recibo puede sufrir variaciones en función de los recargos legales oportunos.

5. SUMA ASEGURADA, GARANTÍAS Y FORMA DE PAGO

Suma asegurada	<input type="checkbox"/> 150.000 €	<input type="checkbox"/> 100.000 €	<input type="checkbox"/> 50.000 €
Garantías	<input type="checkbox"/> BÁSICAS	<input type="checkbox"/> BÁSICAS + OPCIONALES	
Forma de pago	<input type="checkbox"/> ANUAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL
Titular de la cuenta (Si no es el Tomador del seguro)			
IBAN	CÓDIGO PAÍS	E	S
BANCO			
SUCURSAL			
D.C.			
Nº CUENTA			

6. BENEFICIARIOS Y CESIÓN DE DERECHOS

Designación de beneficiarios (Indíquese nombre y apellidos):

Cesión de derechos:

7. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

¿Se encuentra usted en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos seis meses alguna enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo más de quince días consecutivos? Si No

En caso afirmativo, indique nombre y apellidos del Asegurado, causa, inicio y eventual término de la baja:

.....

¿Tiene usted algún defecto físico, alguna secuela de gravedad o tiene prevista alguna intervención quirúrgica, prueba de diagnóstico o se le ha diagnosticado alguna enfermedad grave o ha recibido tratamiento médico de procesos relacionados con el cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares? Si No

En caso afirmativo deberá aportar informe médico.

El Asegurado es informado de que sus datos de carácter personal contenidos en esta solicitud, comprendidos también los de salud, son incluidos en las bases de datos de Santa Lucía, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, para los fines propios del contrato de seguro, incluido el reaseguro cedido.

El Asegurado consiente que con posterioridad se recaben datos suyos de carácter personal comunicados por terceros. Asimismo, el Asegurado se compromete a informar a los terceros cuyos datos personales ha comunicado al Asegurador, de que se ha producido tal comunicación. En caso de no prestar su consentimiento marque la casilla **NO** .

El Asegurado es informado de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con sus datos de carácter personal, para lo cual puede dirigirse por escrito al responsable del tratamiento, Santa

Lucía, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, Plaza de España, nº 15 - 28008 Madrid, a la atención del Departamento de Seguridad Informática, a la dirección de correo electrónico arcolopd@santalucia.es, o al Servicio de Atención al Cliente (Plaza de España, nº 15- 28008 Madrid).

El Asegurado declara que las respuestas contenidas en este cuestionario son verdaderas y se compromete a comunicar al Asegurador cualquier variación que pudiera producirse respecto a lo declarado con posterioridad a la firma de la presente solicitud, excepto las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, ya que ello podría constituir una modificación o agravación del riesgo del que solicita cobertura. Asimismo, queda enterado que las garantías del seguro objeto de esta solicitud entrarán en vigor en la hora y fecha que se indique en las condiciones particulares de la póliza, siempre que haya sido firmada por ambas partes y pagado el primer recibo.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado