

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 Modificación

Sucursal _____ Mediador Productor _____ Póliza Nº _____
 Mediador de Cobro _____

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 _____ Clave 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

Datos de la persona a asegurar (si es distinta):

Nombre y apellidos _____

NIF _____ Fecha de nacimiento / / Sexo _____

Idioma _____ Clave Nacionalidad _____ Clave

Profesión/Actividad empresa _____ Clave

Duración del Seguro y forma de pago: Años prorrogables Temporal

Fecha Efecto / /

Fecha Expiración (si temporal) / /

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Revalorización Anual de las Garantías:

Constante Creciente Uniforme _____ %

Beneficiario/s del Seguro en caso de Fallecimiento del Asegurado:

El cónyuge y los hijos, por partes iguales.

El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y hermanos.

Designación expresa: _____

Garantías y Capitales a asegurar:

Ámbito de cobertura

24 horas Profesional

Básicas de Fallecimiento por accidente:

Fallecimiento

<input type="checkbox"/> Servicio de Gestoría y Asesoramiento a los Beneficiarios
<input type="checkbox"/> Anticipo para Gastos de Sepelio
<input type="checkbox"/> Capital adicional en caso de agresión
<input type="checkbox"/> Prestación cónyuge superviviente
<input type="checkbox"/> Prestación por fallecimiento simultáneo de ambos cónyuges

| | | | | | | | | | €

Incluidas siempre que así figuren en las Condiciones Particulares

Complementarias de Fallecimiento por accidente:

<input type="checkbox"/> Por infarto de miocardio o Accidente cerebrovascular	€
<input type="checkbox"/> Capital adicional por accidente de circulación	€

Básicas de Invalidez por accidente:

Invalidez Permanente Parcial y Absoluta (según baremo)

<input type="checkbox"/> Capital adicional en caso de agresión
<input type="checkbox"/> Gastos de primeras prótesis internas traumatológicas
<input type="checkbox"/> Prestación cónyuge superviviente
<input type="checkbox"/> Prestación por Invalidez Permanente Absoluta simultánea de ambos cónyuges
<input type="checkbox"/> Habilitación de vehículo y/o vivienda en caso de Invalidez Absoluta

| | | | | | | | | | €

Incluidas siempre que así figuren en las Condiciones Particulares

Complementarias de Invalidez por accidente:

<input type="checkbox"/> Capital adicional por invalidez = 100% modalidad + 125% (*)	
<input type="checkbox"/> Capital adicional por invalidez = 100% modalidad + 250% (*)	
<input type="checkbox"/> Capital adicional por invalidez = 100% modalidad + 400% (*)	
<input type="checkbox"/> Capital adicional en caso de Invalidez Permanente Total (**)	
<input type="checkbox"/> Capital adicional por Gran Invalidez (**)	
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Absoluta por Infarto de miocardio o accidente cerebrovascular	€
<input type="checkbox"/> Capital adicional por Invalidez Absoluta a consecuencia de accidente de circulación	€

(*) Excluyentes entre sí, e incompatibles con (**)

Garantías Opcionales:

<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal por accidente				
Indemnización diaria hasta 365 días	€			
Franquicia	<input type="checkbox"/> 0 días	<input type="checkbox"/> 7 días	<input type="checkbox"/> 14 días	<input type="checkbox"/> 30 días
<input type="checkbox"/> Ayuda al pago de la cuota de Autónomos hasta un máximo de 6 meses	€			
<input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria derivada de accidente				
<input type="checkbox"/> En Centros Recomendados				
<input type="checkbox"/> En Centros de Libre Elección				
Opción de capital	<input type="checkbox"/> 3.000 €	<input type="checkbox"/> 6.000 €	<input type="checkbox"/> 12.000 €	
<input type="checkbox"/> Hospitalización por accidente o enfermedad	<input type="checkbox"/> Hasta 120 días	<input type="checkbox"/> Hasta 365 días		
Indemnización diaria	€			
<input type="checkbox"/> Cirugía estética por accidente				
Opción de capital	<input type="checkbox"/> 3.000 €	<input type="checkbox"/> 6.000 €	<input type="checkbox"/> 12.000 €	
<input type="checkbox"/> Asistencia Personal				
<input type="checkbox"/> Asistencia en Viaje				

CLÁUSULA DE CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE LA NOTA INFORMATIVA

El solicitante del seguro y las personas 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 Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

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.
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

CLÁUSULA DE COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Mediante la firma de esta Solicitud de Seguro y salvo indicación en contrario por su parte notificada a la Compañía Aseguradora, usted consiente expresamente la utilización indistintamente del correo electrónico, mensaje de texto (SMS), fax, burofax o por correo postal como medio para el envío de comunicaciones y notificaciones, incluidos los recibos de prima, en los términos previstos en la cláusula "**Comunicaciones y notificaciones entre las partes**" de las Condiciones Generales de su contrato de seguro.

No obstante lo anterior, si desea contactar con la Compañía vía Redes Sociales (ej. Twitter, Facebook, etc.), la Compañía dará respuesta a la consulta por este canal, siempre respetando los términos de la normativa de protección de datos personales, y sin perjuicio de utilizar en adición los medios anteriormente mencionados.

CLÁUSULA SOBRE EXACTITUD Y VERACIDAD DE LOS DATOS DECLARADOS

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario y que no han ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo. 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.

Autorizo a que GENERALI trate mis datos personales de carácter sensible presentes en el cuestionario de salud y a obtener de forma confidencial por parte del médico o centro hospitalario que me hubiera asistido o reconocido, los datos relativos a mi salud necesarios para valorar el riesgo y calcular la prima de este seguro.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma de la Persona a asegurar

Firma del Mediador

