

Solicitud de Seguro



élite-pm profesional

seguro de incapacidad temporal total

Domicilio Social y Dirección General:
Aribau, 168-170, Entlo. 1ª - 08036 - Barcelona
Tel. 934 150 898 - Fax 934 155 743
www.laprevisionmallorquina.com

En el caso de ser aceptada por el Asegurador la presente Solicitud de Seguro, el futuro contrato de seguro quedará sometido a la Ley española, y las instancias de reclamación, en caso de litigio, serán la jurisdicción española, el servicio de atención al cliente del Asegurador, y el Comisionado para la Defensa del Asegurado, de acuerdo con los procedimientos legalmente establecidos.

CÓDIGO MEDIADOR		EFECTO SOLICITADO		(*) SOLICITUD Nº	(*) PÓLIZA Nº	(*) CLAVE	
Desde / /		/ /					
Datos del Solicitante / Tomador							
Nombre y apellidos o Razón social						N.I.F. / C.I.F.	
Fecha de nacimiento / /		Domicilio			Telf.		
Localidad			C.P.	Provincia			
Datos del Declarante / Asegurado (Si es diferente al Tomador)							
Nombre			Apellidos			N.I.F. / N.I.E.	
Fecha de nacimiento / /		Domicilio			Telf.		
Localidad			C.P.	Provincia			
Actividad profesional actual que determina el riesgo a asegurar							
Indicar Régimen de la S.S. en el que se encuentra inscrito							
Empresa			Domicilio de trabajo		Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena <input type="checkbox"/>		
Localidad			C.P.	Telf.			
Domicilio de cobro: ENTIDAD		OFICINA		D.C.	Nº DE CUENTA		
Localidad			C.P.	Telf.			
Beneficiario							
Riesgos a asegurar, cuantía de los subsidios diarios y prima a satisfacer							
Grupo de tarifa:							
ENFERMEDAD Y ACCIDENTE <input type="checkbox"/> (período máximo de cobertura: 365 días)		SUBSIDIO DIARIO €		SÓLO ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> (período máximo de cobertura: 365 días)		SUBSIDIO DIARIO €	
						HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> (período máximo de cobertura: 365 días)	
						SUBSIDIO DIARIO €	
Franquicia: Revalorización anual para todas las garantías: 5 %							
Forma de pago:				PRIMA TOTAL ANUAL: €			
Observaciones: (*) A cumplimentar por la Compañía							

Cuestionario de salud

Antecedentes sobre seguros:

- ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización diaria? Sí No - ¿En qué Compañía? _____
- Indique la indemnización asegurada _____

Antecedentes personales

1. Fuma: Sí No Cantidad diaria _____
2. ¿Padece hipertensión? Sí No
3. Talla: _____ cms. 4. Peso: _____ kgs.
5. Bebidas alcohólicas: Sí No Cantidad diaria _____
6. Si ha precisado baja laboral más de 15 días consecutivos, díganos cuándo y por qué Sí No
7. ¿Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales? Cuál/es Sí No
8. ¿Practica algún deporte? De qué tipo y con qué frecuencia Sí No
9. ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida? Sí No

Antecedentes patológicos

10. Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales Sí No
11. Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio Sí No
12. Enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios, etc.) Sí No
13. Procesos infecciosos o parasitarios, S.I.D.A. Sí No
14. Afecciones en la espalda y/o en la columna vertebral (lumbalgias, cervicalgias, hernias discales, etc.) Sí No
15. Procesos endocrinos, nutricionales y metabólicos (diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, etc.) Sí No
16. Alteraciones del sistema nervioso Sí No

17. Alteraciones de la sangre y sistema linfático Sí No
18. Alteraciones psiquiátricas Sí No
19. Enfermedades genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.) Sí No
20. Enfermedades de la piel (quistes, eccema, etc.) Sí No
21. Enfermedades de nariz, boca, oído y/o laringe Sí No
22. Enfermedades oculares. Indicar motivo y graduación Sí No
23. Alguna afección todavía no nombrada Sí No
24. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Díganos el motivo de la intervención y cuándo se efectuó Sí No
25. En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o Tac, Doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, biopsias, etc.? Indicar motivo y resultado de las mismas Sí No
26. ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas? ¿Enfermedades reumáticas? ¿Ha realizado rehabilitación o fisioterapia? Sí No
27. ¿Ha sufrido algún accidente? De qué naturaleza y en qué fecha. Sí No
28. ¿Con qué lesiones? Sí No
29. ¿Ha dejado secuelas? Sí No
30. ¿Está en la actualidad bajo control médico? Indicar tratamiento terapéutico y motivo Sí No

En caso de respuesta afirmativa 'Sí', indicar tipo de proceso, fecha en que lo padeció y estado actual:

El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar autoriza expresamente a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., a la inclusión en sus ficheros y tratamiento de todos sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, para cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la futura relación contractual, la elaboración de estudios estadístico-actuariales, prevención del fraude y el envío de información comercial de nuestros productos de seguro. Asimismo, autoriza expresamente que dichos datos personales puedan ser comunicados entre dicha entidad aseguradora y los profesionales que presten sus servicios a ésta con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el futuro contrato de seguro. Dichos datos permanecerán en los ficheros del Asegurador aun en el caso de que no se formalice la póliza y estarán sujetos, mediante solicitud escrita del interesado dirigida a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., c/ Aribau 168-170, Entlo. 1ª, Barcelona, 08036, a la atención de Asesoría Jurídica, a los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de acuerdo con la legislación vigente.

El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar manifiestan que han sido informados de las coberturas, límites y exclusiones del seguro y que las declaraciones contenidas en esta Solicitud-Cuestionario que ha de servir de base para la valoración del riesgo por el Asegurador, son en un todo EXACTAS y VERACES y conocen que su omisión o falta de veracidad puede dar lugar a la pérdida de la prestación y a la rescisión del contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley. Asimismo autorizan a cualquier médico o institución que le haya asistido o reconocido en sus dolencias a revelar a la Compañía la información que ésta considere necesaria.

EL DECLARANTE / ASEGURADO

En _____ a _____ de _____ de _____

EL SOLICITANTE / TOMADOR