



CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-

El abajo firmante D./Dña....., solicita por el presente documento ser incluido en la Póliza nº..... cuyo Tomador es **MUNITEC** como miembro del grupo asegurado, representado por el Tomador quien le ha facilitado las características y condiciones del seguro de vida colectivo suscrito con CASER, con las siguientes características:

Fecha de efecto:

Garantías y capitales a contratar:

Fallecimiento
Fallecimiento accidente (*)
Fallecimiento accidente circulación (*)
Invalidez Permanente en grado de Absoluta

(*) Estos capitales se acumularán a la garantía de fallecimiento.

Debe enviarse el original firmado a la dirección:

Travessera de Dalt 11-13, Entresuelo 2ª
08024 Barcelona

No se valorarán los enviados por correo electrónico

Beneficiarios:

(En caso de no existir designación expresa, se seguirá el orden de prelación establecido en póliza).

Asimismo y a efectos de que la Aseguradora pueda valorar el riesgo, el Solicitante realiza la declaración de salud adjunta, entendiéndose que la misma forma parte integrante del Contrato de Seguro.

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador del Seguro acredita, con su firma, que ha obtenido autorización de los asegurados para comunicar sus datos personales, incluso los de salud, a CASER para su tratamiento, al ser necesario para el inicio y desarrollo de la relación contractual. Asimismo declara, en su nombre y en el de los Asegurados, que los datos recogidos en la presente póliza son ciertos, otorgando su consentimiento expreso para que puedan ser incluidos en un fichero y tratados por la aseguradora, siendo destinataria y responsable del tratamiento Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., con domicilio en Madrid, Avenida de Burgos 109, donde el Tomador (y asegurado en su caso) podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico.

Los datos que se recaben podrán ser cedidos a ficheros comunes a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

En caso de no existir boletín de adhesión, suscrito individualmente por cada Asegurado, el Tomador del seguro trasladará a los Asegurados el contenido de esta cláusula.

Fecha:

Candidato
Firmado D./Dña.
NIF.

DECLARACION DE ESTADO DE SALUD

Datos a cumplimentar por el Solicitante

Sírvase contestar las siguientes preguntas

Apellidos:
Nombre:
Profesión –actividad profesional-:
Fecha de nacimiento:
Estado civil:

- | | | |
|-----|--|----------------|
| 1. | ¿Se considera Vd. en perfecto estado de salud?, ¿No padece de ninguna anomalía o trastorno psíquico o físico?
(En caso afirmativo, facilítese detalles): | si/no |
| | Para personas del sexo femenino:
¿Está embarazada?
(En caso afirmativo, ¿de cuántos meses?): | si/no |
| 2. | ¿Ha perdido o aumentado de peso en los últimos 12 meses?
(En caso afirmativo, facilítese detalles): | si/no |
| 3. | En los últimos 5 años, ¿se ha sometido a un reconocimiento médico?, ¿Ha recibido o le fue aconsejado un tratamiento médico?, ¿Ha estado internado en un hospital?
(En caso afirmativo, facilítese detalles incluyendo datos sobre radiografías, electrocardiogramas o cualquier otro tipo de examen médico especial): | si/no |
| 4. | ¿Ha de realizarse una intervención quirúrgica?
(En caso afirmativo, facilítese detalles): | si/no |
| 5. | En caso de contestar afirmativamente a las siguientes preguntas, facilítese datos detallados en el espacio previsto o en hoja aparte.
¿Ha sufrido Vd. alguna vez | |
| | a) epilepsia, mareos o cualquier trastorno psíquico o del sistema nervioso? | si/no |
| | b) asma, bronquitis, pleuresía, neumonía, tuberculosis o cualquier otra afección pulmonar? | si/no |
| | c) dolor precordial, presión arterial elevada, palpitaciones, dificultad de la respiración, apoplejía o cualquier afección del corazón o de la circulación? | si/no |
| | d) indigestión, úlcera gástrica o duodenal, diarrea crónica o recurrente, cualquier molestia estomacal o intestinal? | si/no |
| | e) diabetes o cualquier afección renal, hepática, de la vejiga o del sistema urinario? | si/no |
| | f) fiebre reumática, artritis, gota o cualquier enfermedad de los huesos y de las articulaciones? | si/no |
| | g) fiebre reumática, artritis, gota o cualquier enfermedad de los huesos y de las articulaciones? | si/no |
| | h) fiebre recurrente o persistente sin explicación alguna, pérdida de peso o trastorno cutáneo? | si/no |
| | i) una enfermedad venérea (p.ej. sífilis, gonorrea) o solicitado una consulta médica, tratamiento o prueba de sangre en relación con una afección vírica (p.ej. hepatitis B, SIDA, etc.)? de peso o trastorno cutáneo? | si/no |
| | j) cualquier enfermedad o afección de los ojos, oídos, nariz, garganta o boca? | si/no |
| | k) cualquier enfermedad, lesión o incapacidad no mencionada anteriormente? | si/no |
| 6. | ¿Sigue Vd. actualmente alguna medicación?
¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre o un tratamiento basado en hemoderivados?
Si es así, facilítese datos detallados: | si/no
si/no |
| 7. | ¿Alguno de sus parientes (padres, hermanos, hijos) ha padecido o padece del corazón, apoplejía, tuberculosis, diabetes, alteraciones mentales?"
Si es así, facilítese datos: | si/no |
| 8. | ¿Cuánto consume Vd. normalmente al día?
- Alcohol (¿cerveza, vino o/y otras bebidas?)
- Tabaco (¿cigarrillos, cigarros, puros y/o pipa?) | |
| 9. | ¿Ha tomado alguna vez medicamentos que no fueron prescritos por un médico?
En caso afirmativo, facilítese detalles: | si/no |
| 10. | Sírvase indicar su peso, altura y tensión arterial | |

Fecha:

Candidato
Firmado D./Dña.
NIF