



SEGURO DE ACCIDENTES SOLICITUD Y CUESTIONARIO DE SALUD GENÉRICO

Mediado por: _____

RAMO	REEMPLAZA PÓLIZA Nº	AGENCIA	EFECTO DEL SEGURO		DURACIÓN SEGURO																																	
			Desde	Hasta	TEMPORAL	ANUAL																																
DATOS DEL SOLICITANTE/ TOMADOR NIF/ CIF _____ Apellidos y Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____ Localidad _____ Cód. Postal _____ Provincia _____ Clave Localidad _____																																						
DOMICILIO DE COBRO Cód. Entidad _____ Oficina _____ D.C. _____ CTA _____ Nombre Entidad _____																																						
DATOS DEL ASEGURADO NIF/ CIF _____ Fecha nacimiento _____ Cód. Riesgo _____ Apellidos y Nombre _____ Profesión u ocupación actual _____ Ingresos netos mensuales últimos 6 meses (Cuando desee contratar garantía de Indemnización diaria) _____ Marcar con una X: Trabajador por cuenta propia _____ Trabajador por cuenta ajena _____ Funcionario _____ ¿Actualmente en desempleo? Si No ¿Alta en Sistema de Seguridad Social? Si No																																						
COBERTURAS (Indique con x o indique capital a contratar) <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">BÁSICA</td> <td>* Fallecimiento _____ €</td> <td>Asistencia Sanitaria</td> <td>30.050,61 €</td> </tr> <tr> <td>* Invalidez Permanente _____ €</td> <td></td> <td>3.005,06 €.</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">OPCIONALES</td> <td colspan="2">* Indemnización Diaria por:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incapacidad Temporal Total por Accidente _____ €</td> <td>* Capital Adicional</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Franquicia: 7 días 15 días 30 días Incapacidad Temporal Total por Accidente o Enfermedad _____ € </td> <td>- Fallecimiento por atraco, etc.</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Franquicia: 7 días 15 días 30 días Hospitalización _____ € </td> <td>- Accidente de circulación.</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>* Renta mensual (duración 60 meses) €/mes: (se deberán contratar las mismas garantías que para la cobertura básica).</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>* Fallecimiento _____ €</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>* Invalidez Permanente _____ €</td> <td></td> </tr> </table>							BÁSICA	* Fallecimiento _____ €	Asistencia Sanitaria	30.050,61 €	* Invalidez Permanente _____ €		3.005,06 €.	OPCIONALES	* Indemnización Diaria por:			Incapacidad Temporal Total por Accidente _____ €	* Capital Adicional		Franquicia: 7 días 15 días 30 días Incapacidad Temporal Total por Accidente o Enfermedad _____ €	- Fallecimiento por atraco, etc.		Franquicia: 7 días 15 días 30 días Hospitalización _____ €	- Accidente de circulación.				* Renta mensual (duración 60 meses) €/mes: (se deberán contratar las mismas garantías que para la cobertura básica).				* Fallecimiento _____ €				* Invalidez Permanente _____ €	
BÁSICA	* Fallecimiento _____ €	Asistencia Sanitaria	30.050,61 €																																			
	* Invalidez Permanente _____ €		3.005,06 €.																																			
OPCIONALES	* Indemnización Diaria por:																																					
	Incapacidad Temporal Total por Accidente _____ €	* Capital Adicional																																				
	Franquicia: 7 días 15 días 30 días Incapacidad Temporal Total por Accidente o Enfermedad _____ €	- Fallecimiento por atraco, etc.																																				
	Franquicia: 7 días 15 días 30 días Hospitalización _____ €	- Accidente de circulación.																																				
		* Renta mensual (duración 60 meses) €/mes: (se deberán contratar las mismas garantías que para la cobertura básica).																																				
		* Fallecimiento _____ €																																				
		* Invalidez Permanente _____ €																																				
PRIMAS Neta _____ € Impuestos _____ € Consorcio _____ € Prima Total _____ € Anual Semestral Trimestral Única (Solo duración temporal)																																						
ANTECEDENTES PERSONALES DEL ASEGURADO ¿ FUMA ? SI NO - En caso de respuesta afirmativa, díganos número aproximado de paquetes diarios: ¿ TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS ? SI NO - En caso de respuesta afirmativa, díganos la cantidad diaria: ¿ TIENE MÁS DE 12 DIOPTRÍAS ? SI NO - En caso afirmativo, indique dioptrías por ojo: derecho _____ izquierdo _____ ¿ TIENE ALGUNA MALFORMACIÓN, DEFORMACIÓN, ANOMALÍA CONGÉNITA O ADQUIRIDA ? SI NO ¿ HA PRECISADO BAJA LABORAL DE MÁS DE 15 DÍAS ? SI NO - En caso de respuesta afirmativa, díganos : CUÁNDO..... POR QUÉ MOTIVO..... ¿ DESARROLLA AL MISMO TIEMPO OTRAS ACTIVIDADES LABORABLES ? SI NO																																						

El Solicitante del seguro declara haber contestado conforme a la verdad a las preguntas de esta solicitud. A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el Solicitante (Asegurado en su caso) consiente a que, los datos personales (incluso los de salud) facilitados al Mediador y, en su caso, al Contratante Colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero, y a su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero Caja de Seguros Reunidos, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en Avenida de Burgos nº 109, 28050 Madrid, donde el Solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico. Asimismo autoriza a que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora y/o Coaseguradora. Los datos que se recaben pueden 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.

El Tomador autoriza el cargo correspondiente en la cuenta de domiciliación de aquellos recibos presentados por la Aseguradora.

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el Artículo 107º del ROSSP. Asimismo, declara conocer y mostrar su conformidad con el contenido de las Condiciones Particulares, Generales y Especiales del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.

Hecho y firmado en _____ a _____ de _____ de _____

EL SOLICITANTE/ TOMADOR
NIF:.....

ASEGURADO

1. ENTIDAD ASEGURADORA
2. MEDIADOR
3. ASEGURADO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (Indique enfermedades, lesiones o accidentes y su fecha de ocurrencia)	Realice una breve descripción de su situación, si padece alguna de las patologías abajo indicadas	Indique "Si" o "No" (Según proceda)	FECHA DE OCURRENCIA	
	APARATO CARDIOVASCULAR (Infarto, arritmias, elevada tensión arterial, varices, etc.)			
	APARATO RESPIRATORIO (Asma, efi sema, bronquitis, etc.)			
	APARATO DIGESTIVO (Gastritis, úlcera, hepatitis, cólicos biliares, etc.)			
	SISTEMA NERVIOSO (Epilepsia, parkinson , neuralgias, etc.)			
	SISTEMA ENDOCRINO (Diabetes, hipertiroidismo, etc.)			
	APARATO LOCOMOTOR (Artrosis, reumatismo, hernia discal, ciática, desviaciones de columna, etc.)			
	ENFERMEDADES INFECCIOSAS (Sida, meningitis, polio, etc.)			
	SISTEMA GENITO-URINARIO (Cólicos nefríticos, próstata, insuficiencia renal, etc.)			
	ENFERMEDADES CONGÉNITAS (Síndrome de Down, espina bífida, cardiopatías congénitas, lesiones cutáneas, etc.)			
	GINECOLOGÍA (Enfermedades de mama, de útero y ovarios, etc.)			
	ONCOLOGÍA (Intervenido de algún tumor, sometido a quimioterapia o radioterapia, etc.)			
	SISTEMA HEMATOLÓGICO (Leucemia, hemofilia, etc.)			
	¿ INDIQUE MOTIVO Y FECHA DE LAS INTERVENCIONES QUE HAYA TENIDO ?			
¿ HA TENIDO ALGÚN ACCIDENTE ? Indique las lesiones sufridas y posibles secuelas				
ANTECEDENTES SOBRE SEGUROS	¿ TIENE EL ASEGURADO CONTRATADOS O SOLICITADOS OTROS SEGUROS DE ACCIDENTES INDIVIDUALES O DE INDEMNIZACIÓN DIARIA ?			
	COMPañÍA	FALLECIMIENTO	INV. PERMANENTE	INDEMN. INCAPACIDAD
				INDEMNIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN

*Opcionalmente y con la sobreprima correspondiente se puede garantizar, para las Coberturas Básicas exclusivamente, por lo que quedan excluidos para las Coberturas Opcionales, los accidentes derivados de los siguientes deportes y aficiones: escalada; alpinismo de alta montaña; espeología; submarinismo entre 20 y 60 metros de profundidad; hockey sobre hielo; karate; taekwondo; lucha o caza mayor en el extranjero. Si es de su interés la contratación de alguna de estas coberturas indíquelo en el apartado de "OBSERVACIONES".
La designación de Beneficiario se realizará en "OBSERVACIONES". En caso de no realizar la designación y no solicitarla posteriormente, se estará a lo dispuesto en el Artículo 19º de las Condiciones Generales.

DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 3º DE LA LEY 50/80 DEL CONTRATO DE SEGURO, EL SOLICITANTE DECLARA:

1. Que expresamente ratifica las declaraciones realizadas en este cuestionario y que, en caso de ser aceptado el riesgo por CASER, formará parte integrante del contrato del seguro que se emita, siendo el documento base para la aceptación y tarificación del riesgo por parte de CASER, la fecha de comienzo del seguro será la que en dicho contrato se fije.
2. Que los datos relativos al Asegurado y muy especialmente los referentes a la edad y estado de salud, son los declarados, constituyendo los mismos circunstancias esenciales para la aceptación del riesgo, aceptando expresamente en caso de reserva o inexactitud en la descripción del riesgo las consecuencias previstas en los Artículos 6º, 9º y 10º de las Condiciones Generales de la póliza en relación con los Artículos 10º, 11º, 12º, 13º y 90º de la Ley 50/80 de Contrato de seguro.
3. Que conoce y en este momento recibe las Condiciones Generales de la póliza.
4. Que conoce y expresamente acepta las exclusiones de cobertura contenidas en los Artículos 2º, 3º, 4º, y 5º de las Condiciones Generales de la póliza.

Hecho y firmado en a de de

EL SOLICITANTE/ TOMADOR
NIF:

ASEGURADO

OBSERVACIONES
.....
.....
.....
.....