

COLABORADOR Nº: _____
NOMBRE : _____

Solicitud nº _____
 (a rellenar por la entidad)

Tomador del seguro / asegurado :		D.N.I / C.I.F /NIE :		Teléfono:			
Domicilio Tomador:		Localidad:		Provincia:		C.P:	
E-mail:		Domicilio de Cobro IBAN					
Nombre Asegurados				Fecha de nacimiento:		D.N.I./NIE:	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

A rellenar por la entidad

OPCION	GARANTIAS	SUMA ASEGURADA	PRIMA NETA	IMPUESTOS	PRIMA X PERSONA AÑO	Nº PERS .	MARCAR OPCION ESCOGIDA
A COMPLETA EUROPA MAGREB	SERVICIO REPATRIACION RESIDENTE ASISTENCIA EN VIAJE ACONDICIONAMIENTO REPATRIACIÓN BILLETE ADICIONAL				25,00		
B COMPLETA RESTO MUNDO	SERVICIO REPATRIACION RESIDENTE ASISTENCIA EN VIAJE ACONDICIONAMIENTO REPATRIACIÓN BILLETE ADICIONAL				35,00		
C OPCIONAL (no contratable sola)	ASISTENCIA ACTIVA	SERVICIO			12,00		

Prima total	€	Primer recibo:	€	Sucesivos:	€
Forma de pago: <u> </u> Anual; <u> </u> Semestral; <u> </u> cuatrimestral; <u> </u> trimestral; <u> </u> mensual (Recibo mínimo fraccionado 30€)					

EL PRESENTE DOCUMENTO NO VINCULA A NINGUNA DE LAS DOS PARTES HASTA LA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA MUTUALIDAD DE LOS RIESGOS DECLARADOS EN EL CUESTIONARIO DE SALUD ADJUNTO.

-El asegurado declara su aceptación a las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, aceptando expresamente las clausulas que supongan limitación i/o exclusión contenidas en ésta, recibiendo un ejemplar de la misma.

LEY ORGÁNICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.PREVISORA AGRO – INDUSTRIAL

(en adelante Previsora), le informa que, de conformidad con la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, los datos relativos a su persona que se recogen y corresponden a este contrato de seguro, pasan a formar parte de un fichero cuyo responsable es la entidad aseguradora Previsora, a fin de poder delimitar y valorar el riesgo objeto del mismo, así como para poder gestionar y tramitar su póliza.

El Tomador otorga su consentimiento expreso para que los datos de carácter personal recogidos en el contrato y los que puedan recabarse durante su vigencia, puedan ser cedidos a sociedades participadas por Previsora y a aquellas personas físicas o jurídicas, u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador, cuando sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con el mismo.

Los datos de carácter personal del Tomador del Seguro y Asegurados podrán ser cedidos a los ficheros comunes que puedan crear las entidades aseguradoras para la liquidación de siniestros, colaboración estadística actuarial y prevención del fraude, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, conforme establece el **Art. 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.**

Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo una comunicación por escrito a Previsora, a la siguiente dirección:
 Via Laietana, 20 – 08003 Barcelona.

Asimismo autorizo expresamente a Previsora para que pueda tratar mis datos con el fin de remitirle la información relativa a los nuevos productos y servicios de la Entidad Aseguradora o Entidades participadas que pudieran resultar de mi interés.

En _____, a ____ de _____ de _____

Firma
Tomador+DNI

PREVISORA AGRO-INDUSTRIAL · Mutua de Seguros · Via Laietana 20
 08003 · Barcelona · Tel: 93 295 63 00 · Fax 93 295 63 12
 Email: takaful@previsora.es · cif: G-08745234

DECLARACION DE SALUD PREMIUM DECESOS

Declaración de salud que realiza el SOLICITANTE-TOMADOR del seguro, en nombre propio y en nombre del resto de SOLICITANTES-ASEGURADOS que constan en la solicitud del seguro, asumiendo toda responsabilidad ante la falsedad u ocultación de la información.

Nombre s. solicitantes:

1.	2.	3.	4.	5.	6.

- Hepatitis A,B, o C
- Cáncer
- Cirrosis o similares
- Tumores
- Leucemias
- SIDA
- Linfomas
- Infarto/Angina de pecho

1.- Padece alguno de los SOLICITANTES-ASEGURADOS o ha padecido hasta el día de hoy, alguna de las afecciones y/o patologías de la lista de la dcha.? Marque en el cuadro de la derecha al solicitante que corresponda con una (X) En caso afirmativo, especifique detalladamente a qué solicitante se refiere, facilitando la máxima información respecto a la enfermedad padecida, tratamiento o medicación, fecha y situación actual:

2.- Alguno de los SOLICITANTES-ASEGURADOS drogas o estupefacientes? En caso afirmativo especifique a qué solicitante se refiere, así como el tipo de droga o estupefaciente consumido, y el tratamiento realizado:

--	--	--	--	--	--

3.¿ Tienen los SOLICITANTES-ASEGURADOS nacionalidad extranjera? Marque el cuadro que corresponda con una (X) en cada caso

3. No					
Si					

4.- Poseen los SOLICITANTES-ASEGURADOS permiso de residencia? Marque el cuadro que corresponda con una (X) en cada caso

4. No					
Si					

5.- Indique la nacionalidad/lugar de repatriación de SOLICITANTES-ASEGURADOS ,

1.	/	3.	/	5.	/
2.	/	4.	/	6.	/

El Tomador del Seguro y/o Asegurado, declara que todos los datos suministrados en relación con el estado de salud tanto de él mismo, como del resto de solicitantes, son veraces, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudieran influir en la valoración del riesgo objeto de cobertura por Previsora Agro-Industrial, o en rechazo de las coberturas solicitadas.

Así mismo, sabe que las ocultaciones inexactitudes en las respuestas sobre el estado de salud tanto de él mismo, como del resto de solicitantes, originarán la pérdida de todos los derechos otorgados por este seguro.

El tomador del seguro y/o asegurado afirman en su nombre y en nombre del resto de solicitantes, no conocer ninguna circunstancia que pudiera conllevar un mayor riesgo de fallecimiento que el consustancial al de su edad.

En base a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13.12, sobre Protección de Datos, el Tomador del seguro consiente que los datos de carácter personal que pudieran constar en la presente declaración de salud sean incluidos en los ficheros de previsora Agro-Industrial. El tratamiento de dichos datos tiene por finalidad facilitar el desarrollo de las relaciones contractuales que vinculan al interesado con la Entidad Aseguradora.

Los datos personales serán, susceptibles de comunicación a otras Entidades aseguradoras u Organismos Públicos relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, de lucha contra el fraude o a efecto de Coaseguro o Reaseguro de riesgo. La prestación del consentimiento a dicho tratamiento resulta imprescindible para la formalización de la relación contractual a la que se refiere el presente documento, no siendo posible sin el mismo.

El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación, y cancelación ante la Entidad Aseguradora, en los términos previstos en la legislación de protección de datos, dirigiendo su comunicación al domicilio de la Entidad.

TOMADOR Y/O ASEGURADO

En..... a de De 20....

DNI + FIRMA