

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin efectuar tachaduras ni correcciones.

IMPORTANTE: DEBERÁ FIRMAR EL BOLETÍN.

Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Nº de Póliza	Centro	Certificado	
Sucursal	Agente Productor	Agente de Cobro	Fecha de Efecto / /

Datos del Tomador

Nombre y Apellidos o Razón Social

Datos personales del Asegurado:

Nombre y Apellidos

NIF	Fecha de Nacimiento / /	Sexo	E. Civil	Hijos	Profesión
Domicilio	N.º	Piso	Puerta	Teléfono	
Código postal <small>Clave</small>	Población	Provincia			
País	<small>Clave</small>	E-mail			

Datos del Beneficiario

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Todos los hijos por partes iguales; c) Padre; d) Madre; e) Todos los hermanos por partes iguales; f) Herederos legales.
<input type="checkbox"/> Cónyuge.
<input type="checkbox"/> Cónyuge o, en su defecto, todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
<input type="checkbox"/> Cónyuge y todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
<input type="checkbox"/> Todos los hijos del Asegurado por partes iguales. | <input type="checkbox"/> Padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de ambos.
<input type="checkbox"/> Todos los hermanos del Asegurado por partes iguales.
<input type="checkbox"/> Herederos legales
<input type="checkbox"/> Padre del Asegurado.
<input type="checkbox"/> Madre del Asegurado.
<input type="checkbox"/> Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Los hijos del Asegurado; c) Los Padres del Asegurado; d) En defecto de aquéllos, sus legítimos herederos. |
|--|---|
- Expresamente designado por el Asegurado (Sólo rellenar cuando no se haya elegido alguna fórmula anterior. Se hará figurar apellidos, nombre y N.I.F.). _____

Capitales

Fallecimiento	Invalidez	Incapacidad	Fallecimiento Accidente	Fallec. Accidente Circulación

Otros datos

Extras primas (a cumplimentar por la Compañía)

Fallecimiento	Invalidez	Incapacidad	Fall. Accid.	Fall. Acc. Circ.

Declaración de Estado de Salud

¿Se encuentra Vd. en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido Vd. en los últimos seis meses enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de quince días consecutivos? Sí No

En caso afirmativo indique causa, inicio y eventual término de la baja. Causa: _____

Inicio: _____ Término: _____

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, valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a la misma. 2. En caso de perfeccionarse, gestionar, mantener y controlar la relación contractual. 3. Prevenir el fraude. 4. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la solicitud de adhesión al contrato de seguro y en, caso de perfeccionarse, la gestión del mismo.
Legitimación del tratamiento	Sus datos personales serán tratados con base en la ejecución de un contrato, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento, y en su caso el consentimiento expreso.
Potenciales destinatarios de los datos	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y médicos, centros sanitarios, hospitales y administraciones públicas
Derechos de protección de datos	Usted puede 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 sensibles presentes en el cuestionario de salud y a obtener de forma confidencial por parte de cualquier 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 _____

El Tomador del Seguro
(Firma o sello de la Empresa)

Leído y conforme: _____ El Asegurado

