



**Datos generales.**

Modalidad: TAR Medlum -2341-

**Datos del Tomador**

Nombre / Razón Social

Sindicato Profesional de Policías Locales y Bomberos

Mediador

Oficina

NIF / CIF

Nº. Póliza

726344 Rosillo Hermanos Correduría de Seguros, S.A.

G 0 3 1 7 2 6 1 6 59018159 (Policia Local)

**Datos de la persona a asegurar**

Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

NIF / NIE

Domicilio

Nº

Piso (Otros)

Población

C.P.

Provincia

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Sexo

Profesión

Nº. Certificado

País de Residencia Fiscal

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Email

**Domiciliación bancaria (cumplimentar obligatoriamente)**

Cód. Entidad

Cód. Oficina

D.C.

Número de cuenta

Banco o Caja

**Características del Seguro**

**Contingencias aseguradas: Fallecimiento por cualquier causa e Incapacidad Permanente en grado de Absoluta (para todo trabajo) por cualquier causa.**

Módulo de capital asegurado	Señale opción	Módulo de capital asegurado	Señale opción
Módulo 1: 25.000 euros	<input type="checkbox"/>	Módulo 3: 75.000 euros	<input type="checkbox"/>
Módulo 2: 50.000 euros	<input type="checkbox"/>	Módulo 4: 100.000 euros	<input type="checkbox"/>
Módulo 5: 150.000 euros	<input type="checkbox"/>		

**Beneficiarios**

En caso de supervivencia: El propio asegurado.

En caso de fallecimiento: (Salvo indicación expresa del Asegurado, el orden preferente y excluyente en caso de fallecimiento será: 1º.Cónyuge no separado legalmente, 2º.Hijos, 3º.Padres, 4º.Herederos Legales).

**Declaraciones de la persona a Asegurar**

	Sí	No
1. En el momento de la firma de esta solicitud ¿se encuentra en situación de incapacidad temporal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. En el momento de la firma de esta solicitud ¿está tramitando una incapacidad permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si su edad superior a 55 años o contrata el módulo 5, por favor, responda adicionalmente a la siguiente cuestión.

¿Durante los últimos 5 años ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado o ha sido sometido a exploración, o tiene previsto serlo de: corazón, pulmón, trastorno circulatorio, presión arterial alta, derrame cerebral, diabetes, problemas de riñón, hígado, trastornos neurológicos, infección por VIH, hepatitis B o C, cáncer, melanoma, tumor, quiste, bulto, pólipos, o en los últimos 2 años ha sido hospitalizado durante más 7 días consecutivos?

Sí  No

La contratación del módulo 5 requerirá asimismo la realización de un cuestionario de salud mediante telesuscripción.

El Asegurado certifica haber contestado completa y verdídicamente a las preguntas antes citadas. Autoriza a médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la Compañía a darle a ésta las informaciones necesarias para esta propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.

**Cláusula de consentimiento y autorización**

De conformidad con la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar su solicitud.** La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la gestión de la misma. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Calle Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901.900.009 ó 93.366.93.51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante abajo firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

En prueba de conformidad y autorización:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma de la persona a asegurar