

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

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

<input type="checkbox"/> De Emisión	<input type="checkbox"/> De Proyecto	Póliza N°
<input type="checkbox"/> De Modificación	<input type="checkbox"/> De Reemplazo	
Sucursal	Agente Productor	Agente de Cobro

Datos personales del Solicitante:

Nombre y apellidos, o razón social _____

NIF _____ Plantilla (en empresas) _____

Persona Física: Fecha de nacimiento / / Sexo Estado Civil N.º hijos

Idioma _____ Clave Nacionalidad _____ Clave

Profesión/Actividad empresa _____ Excluir publicidad Sí No

Domicilio N.º Piso Puerta Teléfono

Código postal _____ Clave Población Provincia

País _____ Clave E-mail _____

Domiciliación pago primas: IBAN ID País D.C. Entidad bancaria Oficina D.C. Número de Cuenta

Domicilio fiscal Población C.P. _____ Clave

Efecto:

Inmediato, a partir de la fecha de aceptación A partir del día / /

Domicilio de residencia habitual de los Asegurados:

El del solicitante

Otro, indicar domicilio N.º Piso Puerta

Código postal _____ Clave Población Provincia

País _____ Clave E-mail _____

(Todos los Asegurados deben residir en un mismo domicilio)

Asegurados - Beneficiarios:

1 El solicitante, ¿Se incluye como Asegurado? Sí No ¿Proviene de otra Entidad? No *Sí Baja

(En caso negativo, el siguiente Asegurado ostentará la titularidad)

2 Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento / /
DNI/NIF	**Parentesco	¿Proviene de otra Entidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Sí <input type="checkbox"/> Baja
3 Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento / /
DNI/NIF	**Parentesco	¿Proviene de otra Entidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Sí <input type="checkbox"/> Baja
4 Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento / /
DNI/NIF	**Parentesco	¿Proviene de otra Entidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Sí <input type="checkbox"/> Baja
5 Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento / /
DNI/NIF	**Parentesco	¿Proviene de otra Entidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Sí <input type="checkbox"/> Baja
6 Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento / /
DNI/NIF	**Parentesco	¿Proviene de otra Entidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Sí <input type="checkbox"/> Baja

* Aportar documentación acreditativa y último recibo pagado para la derogación de carencias.

** **1** Titular **2** Esposo/a **3** Hijo/a **4** Padre-Madre **5** Abuelo/a **6** Sobrino/a **7** Nieto/a **8** Tío/a **9** Otros

Opción contratada: (señale la opción y garantías contratadas)

Asistencia Primaria Asistencia en Viaje

Especialidades Médicas y Quirúrgicas Medicina Preventiva

Participación del Asegurado en el Coste del Sinistro

Según Copagos y hasta un máximo anual por Asegurado de: 200 Euros 350 Euros 750 Euros

Domiciliación del Copago: La de la póliza Otra (indicar nombre y NIF del titular de la domiciliación)

Titular de la domiciliación: _____ NIF: _____

Número de cuenta bancaria: _____ IBAN ID País D.C. Entidad bancaria Oficina D.C. Número de Cuenta

Reembolso de Honorarios en España de Asistencia Primaria / Obstetricia y Ginecología

Hospitalización diaria por Enfermedad y Accidente*: 20 Euros 40 Euros 60 Euros

*(Capital Asegurado Diario para un Período máximo de indemnización de 120 días)

Asistencia Dental

Pago de primas: Mensual Trimestral Semestral Anual

Cuestionario de Salud:

A continuación se formulan una serie de cuestiones acerca del estado de salud de todos y cada uno de los Asegurados, debiendo contestarse cada una de ellas con un **sí** o con un **no**, y, en caso de respuesta afirmativa, deberá indicarse en Aclaraciones del Cuestionario de Salud, nombre de la persona afectada, enfermedad, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación de que se trate; fecha de los mismos y situación actual.

¿Alguno de los Asegurados **padece o ha padecido** enfermedades como las siguientes?

1. ¿Asma; tos o ronquera crónica; bronquitis; enfisema; pulmonía; tuberculosis; o alguna otra enfermedad del **Aparato Respiratorio**? _____ Sí No
2. ¿Palpitaciones; arritmias; angina de pecho; infarto de miocardio; varices; flebitis; elevación presión arterial; embolia; o alguna otra enfermedad del **Aparato Cardiocirculatorio**? _____ Sí No
3. ¿Gastritis; úlcera; hepatitis; ictericias; cirrosis; cólicos hepáticos; hemorroides; fístula anal; o alguna otra enfermedad del **Aparato Digestivo**? _____ Sí No
4. ¿Neuralgias o neuritis; epilepsia; vértigo; parálisis; párkinson; o alguna otra enfermedad del **Sistema Nervioso**? _____ Sí No
5. ¿Enfermedades auditivas (sordera; supuraciones; vértigo); enfermedades de los ojos (miopía; estrabismo; glaucoma; cataratas); o alguna otra enfermedad del **Sistema Sensorial**? _____ Sí No
6. ¿Eczemas; psoriasis; cicatrices; quemaduras; o alguna otra enfermedad de **la Piel**? _____ Sí No
7. ¿Mutilaciones o deformaciones; artrosis; reumatismo; lumbago; ciática; hernia discal; desviaciones de la columna vertebral; antecedentes traumatológicos como fracturas o accidentes; o alguna otra enfermedad del **Aparato Locomotor**? _____ Sí No
8. ¿Tropicales (malaria; paludismo); venéreas; positividad anticuerpos Sida; hepatitis; secuelas de meningitis; polio; o alguna otra enfermedad **Infecciosa**? _____ Sí No
9. ¿Próstata; uretra o vejiga; riñón; cólicos nefríticos; incontinencia; insuficiencia renal; o alguna otra enfermedad del **Sistema Génito-Urinario**? _____ Sí No
10. ¿Anemia; leucemia; inflamación ganglios; hemofilia; o alguna otra enfermedad de **la Sangre**? _____ Sí No
11. ¿Gota; bocio; cifras elevadas de colesterol; ácido úrico; azúcar; diabetes; hipertiroidismo; o alguna otra enfermedad del **Metabolismo**? _____ Sí No
12. ¿Síndrome de Down; espina bífida; malformaciones; o alguna otra enfermedad **Congénita**? _____ Sí No
13. ¿Drogadicción o dependencia del alcohol? _____ Sí No
14. ¿Alguno de los Asegurados ha padecido algún tipo de intervención quirúrgica? (excepto: amigdalitis; desviación tabique nasal; fimosis; quistes sebáceos; vegetaciones; cirugía estética y apendicitis) _____ Sí No
15. ¿Alguno de los Asegurados tiene aconsejada o pendiente alguna intervención quirúrgica? _____ Sí No
16. ¿Alguno de los Asegurados ha sido diagnosticado de algún tipo de infertilidad? _____ Sí No
17. ¿Alguno de los Asegurados está tomando alguna medicación actualmente? _____ Sí No
18. ¿Alguno de los Asegurados recibe o ha recibido algún tratamiento como: ondas cortas; diálisis; radioterapia; anticoagulantes; fisioterapia; insulina; quimioterapia; u otro similar? _____ Sí No
19. ¿Alguna de las Aseguradas ha padecido o padece alguna enfermedad ginecológica o del pecho? _____ Sí No
20. ¿Alguno de los Asegurados padece o ha padecido cualquier otra enfermedad no mencionada anteriormente como: carcinomas; obesidad; hernias; herpes? _____ Sí No

El tomador 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 126 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre. Esta nota informativa contiene información sobre: Legislación aplicable al contrato; Instancias para el caso de reclamación y procedimiento a seguir; Estado donde se ubica la Aseguradora y su denominación social y domicilio; tipo de seguro; los factores de riesgo a considerar en las primas aplicables a las renovaciones; garantías accesorias opcionales; condiciones de resolución; derecho de rehabilitación; libertad de elección del prestador; tarifas de prima estándar aplicables.

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).

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario y que no han omitido 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.

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 y ofrecerle el producto de seguro que más se ajusta a sus exigencias y necesidades. 2. Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a su solicitud. 3. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la presente solicitud.
Legitimación del tratamiento	Sus datos personales, así como los que se puedan generar en caso de siniestro, incluso los de salud que fueran necesarios para su tramitación, serán tratados con base en la aplicación de medidas precontractuales, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento y el consentimiento expresamente otorgado por usted.
Potenciales destinatarios de los datos	Entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y administraciones públicas.
Derechos de protección de datos	Usted puede revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado para las actividades de tratamiento de datos personales por parte de GENERALI, así como 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

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 las 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 podría dar 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.

El tomador del seguro y las personas a asegurar conocen y aceptan específicamente las condiciones limitativas de la póliza que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3 de la ley 50/1980 de Contrato de Seguro, expresamente se recogen en esta solicitud.

Asimismo, los abajo firmantes, reconocen que el Asegurador no contrae ninguna obligación en virtud a la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación o rechazo total o parcial de la misma.

El Solicitante o titular del Seguro miembro de la unidad familiar, presta el consentimiento en su propio nombre, y en nombre de cada uno de los miembros que componen la unidad familiar, para que los datos contenidos en el presente documento, especialmente los relativos a la salud de los titulares de los datos, sean tratados por la entidad aseguradora, e incluso comunicados a los médicos valoradores, con la única finalidad de tramitar la admisión a contratación, en su caso, de la solicitud del seguro.

En _____, a _____ de _____ de _____

El Mediador

El Solicitante y Asegurados

