

NOMBRE DE PRODUCTO		REFERENCIA	CÓDIGO GESTOR
Inicio del Seguro	Duración del Seguro	Forma de Pago	Duración primas

TOMADOR DEL SEGURO Nombre y Apellidos		C.I.F./N.I.F.		Teléfono	
Domicilio		Nº	Planta	Escalera	Puerta.
Localidad		Provincia		Código Postal	
¿Está realizando la contratación de este seguro en nombre de una 3ª persona? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

ASEGURADO Nombre y Apellidos		C.I.F./N.I.F.		Teléfono	
Domicilio		Nº	Planta	Escalera	Puerta
Localidad		Provincia		Código Postal	
Sexo	Estado Civil	Fumador	Profesión		
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Email			

	VIDA TEMPORAL PLUS	VIDA AMORTIZACION PLUS
CAPITAL ASEGURADO		
REVALORIZACION		
INTERES DEL PRESTAMO		
FORMA DE AMORTIZACION		
Fallecimiento		
Fallecimiento Accidente		
Fallecimiento Accidente circulación		
Invalidez cualquier causa		
Invalidez Accidente		
Invalidez Accidente Circulación		
Enfermedad Grave		

BENEFICIARIO:		
Entidad Beneficiaria	Número de Préstamo:	Fecha Vencimiento

BANCO - CAJA DE AHORRO			
Domicilio		C. Postal	Localidad
			Provincia
¿El Tomador es el Titular de la Cuenta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Titular:	

El que suscribe solicita de PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS la emisión de una póliza de Seguro de Vida, conforme a los datos expresados más arriba, aceptando que la presente solicitud forma parte del Contrato de Seguro.

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

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL MEDIADOR

## Declaración de Salud y Manifestaciones del Asegurado

<b>Nombre y Apellidos del Asegurado</b>		<b>C.I.F./N.I.F.</b>
(1) Talla y Peso 1.1. Talla (en cms.) _____ 1.2. Peso (en Kg.) _____	(2) Tensión Arterial 2.1. Máxima _____ 2.2. Mínima _____	
(3) Consumo diario de Tabaco (indicar el nº de cigarrillos, puros y/o pipas) _____	(4) Consumo diario de Bebidas Alcohólicas: _____	
(5) ¿Hay o ha habido en su familia enfermo de corazón, cáncer, diabetes o mentales?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, indique quién y cuándo: _____
(6) ¿Consumo o ha consumido alguna vez alguna de estas Drogas? Heroína, Cocaína, Drogas de Diseño u otras similares		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
(7) ¿Padece alguna lesión de las indicadas a continuación como consecuencia de un accidente o enfermedad? <i>Lesiones en columna vertebral, mudez, angina de pecho, infarto de miocardio, lesiones en alguno de los miembros inferiores o superiores, Parkinson, síndrome de Down, espina bífida, falta de visión grave (más de 6 dioptrías), parálisis cerebral, tumores o afecciones pulmonares o de cualquier otra no indicada.</i>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, amplíenos información acerca de las dolencias o de las enfermedades padecidas, detallando la fecha en que comenzaron los trastornos y su duración _____		
(8) ¿Ha sido hospitalizado o intervenido quirúrgicamente del aparato digestivo, cardiovascular, cancerígena y/o de columna vertebral, y/o ha necesitado un Trasplante?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, amplíenos información acerca de las dolencias o de las enfermedades padecidas, detallando la fecha en que comenzaron los trastornos y su duración _____		
(9) ¿Recibe o ha recibido algún tratamiento médico o medicación especial sobre alguna de las siguientes enfermedades? <i>Hemodiálisis, radioterapia, quimioterapia, transfusiones sanguíneas, insulina, drogadicción, hipertensión, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, tratamiento psiquiátrico, hepatitis C, fiebre intermitente, anemia, anorexia, diarrea persistente, tuberculosis, alcoholismo, sida, manifestaciones cancerígenas o cualquier otra no especificada</i>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, amplíenos información acerca de las dolencias o de las enfermedades padecidas, detallando la fecha en que comenzaron los trastornos y su duración _____		
(10) ¿Le han practicado alguna vez el test de V.I.H. y su resultado ha sido positivo? En el caso de que haya sido positivo, ¿ha sido puesto en tratamiento? _____		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### MANIFESTACIONES DEL ASEGURADO

¿Practica alguno de los siguientes Deportes?: Paracaidismo, parapente o similares; Espeleología; Utilización de cualquier vehículo a motor para competiciones deportivas (aéreo, terrestre o acuático); Submarinismo; Alpinismo; De combate (boxeo) y similares, artes marciales y similares) En caso afirmativo, indicar Deporte _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Le han rechazado o aceptado con sobreprima alguna vez? (Sí / No)	<b>Motivos:</b>

**Yo el abajo firmante declaro: Que las respuestas dadas por mi se ajustan totalmente a la verdad, no alterando ni omitiendo circunstancia alguna y quedo enterado que las ocultaciones o inexactitudes en las respuestas pueden motivar la pérdida de todos los derechos otorgados por el Seguro de acuerdo con lo establecido en la Ley.**

En cumplimiento de los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE Nº 298 14/12/1999), el Tomador/Asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, del que es responsable PLUS ULTRA Seguros, entidad ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable para la contratación del seguro o el plan de pensiones, otorgando expresamente su consentimiento:

- Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, reaseguradora y gestora de fondos de pensiones.
- Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo asegurador al que pertenece la Compañía, relacionados con el Sector del Seguro y los Fondos de Pensiones, incluso tras la terminación de la relación contractual. Si desea conocer las sociedades pertenecientes al Grupo puede consultar en cualquier momento la página web corporativa ([www.plusultra.es](http://www.plusultra.es)).
- Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude y de liquidación de siniestros, y consulta en ficheros de información sobre solvencia patrimonial y crédito, en aras a la correcta valoración y análisis del riesgo asegurado.
- Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el Grupo asegurador en España y a quienes éstas arriendan sus servicios o medien en sus seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las entidades del Grupo se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a PLUS ULTRA Seguros.
- Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (Tomador) distinta del titular de los mismos (Asegurado, Partícipe, Beneficiario, etc.), recaerá en éste la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento previo de esos titulares respecto su tratamiento para los fines anteriormente expuestos.

El Tomador/Asegurado reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 a 17 de la citada Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y 27 a 35 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre (BOE Nº 17 17/01/2008) en su domicilio social, sito en la Plaza de las Cortes, 8 - 28014 de Madrid, ante el Responsable del fichero, que es la propia Entidad Aseguradora, PLUS ULTRA Seguros.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
EL TOMADOR DEL SEGURO
EL ASEGURADO

CALIFICACIÓN MÉDICA

VºBº