

Mediador	Cód.	Sucursal
----------	------	----------

Tomador y Asegurado son la misma persona SI NO

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombre / Razón Social		N.I.F./C.I.F	
Domicilio	Nº	Piso	Letra
Población	C.P.	Provincia	
Fecha de Nacimiento / Constitución	Sexo	Estado Civil	
Teléfono	Móvil	Fax	
Profesión/CNAE	Nacionalidad		
E-mail	País de Nacimiento / Constitución		

REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos y Nombre	N.I.F.
¿Es Vd. Persona con Responsabilidad Pública, familiar o allegado, según la definición del art. 14 de la Ley 10/2010, de 28 de abril, de Prevención de Blanqueo de Capitales y Financiación del Terrorismo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene alguna residencia fiscal fuera de España según el R.D. 1021/2015, de 13 de noviembre, por el que se establece la obligación de identificar la residencia fiscal de las personas que ostenten la titularidad o el control de determinadas cuentas financieras? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo, por favor, cumplimente el Autocertificado FATCA/CRS correspondiente)	

Fecha de Efecto	Duración del Seguro	Forma de pago(*)
	Anual Renovable	

(*) Anual, Semestral, Trimestral, Mensual

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombre		N.I.F.	
Domicilio	Nº	Piso	Letra
Población	C.P.	Provincia	
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	
Profesión	Teléfono		

- **Beneficiario, en su caso, por Incapacidad, Enfermedad Grave o Dependencia:** el propio Asegurado
- **Beneficiarios por Fallecimiento:** (Apellidos, Nombre y Parentesco)(**)

(**) En caso de no haberse designado beneficiarios por Fallecimiento expresamente se estará al siguiente orden de prelación, preferente y excluyente: 1º El cónyuge del Asegurado no separado legalmente; 2º Los hijos del Asegurado; 3º Los padres del Asegurado; 4º Los herederos legales del Asegurado.

DATOS DEL SEGURO

Crecimiento: Constante - Geométrico % crecimiento ___ (Máximo 5%) Hasta los 55 años del Asegurado

	Garantías Solicitadas	Capital Asegurado
Garantía Principal	Fallecimiento por cualquier causa	
Garantías Complementarias (Indicar)	<input type="checkbox"/> Fallecimiento por accidente	
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento por accidente de circulación	
	<input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Absoluta	
	<input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Absoluta por accidente	
	<input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Absoluta por accidente de circulación	
	<input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Total Profesional	
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Grave / Enfermedad Grave Terminal	
	<input type="checkbox"/> Dependencia Severa y Gran Dependencia	
	<input type="checkbox"/> Fallecimiento Simultáneo por accidente	

Capital mínimo: 6.000 €

COSTE DEL SEGURO

Principal	Complementarias	Impuestos y Recargos	Recibo (***)

(***) El importe mínimo por recibo será de 20 €

EL PRESENTE SEGURO ES ANUAL RENOVABLE TÁCITAMENTE, PUDIENDO EJERCITARSE POR CUALQUIERA DE LAS PARTES EL DERECHO DE OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA CURSADA A LA OTRA PARTE CON UN MES DE ANTELACIÓN A LA CONCLUSIÓN DEL PERIODO EN CURSO CUANDO QUIEN SE OPONGA A LA PÓLIZA SEA EL TOMADOR Y DOS MESES CUANDO SEA EL ASEGURADOR, TODO ELLO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 22 DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO. EN CUALQUIER CASO, LA RENOVACIÓN DEL SEGURO, NO SE PRODUCIRÁ MÁS ALLÁ DE LA ANUALIDAD EN LA QUE EL ASEGURADO ALCANCE LOS 80 AÑOS DE EDAD PARA LA GARANTÍA PRINCIPAL DE FALLECIMIENTO Y DEPENDENCIA, LOS 60 AÑOS DE EDAD PARA LA INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL PROFESIONAL Y LOS 67 AÑOS DE EDAD PARA LOS DEMÁS RIESGOS COMPLEMENTARIOS.

Nombre y Apellidos:		NIF:	
Responder SI o NO a las siguientes preguntas		SI	NO
¿Cuál es su peso, su estatura, y su tensión arterial?			
		Peso: Kg./Estatura: cm./Tensión Arterial max: min:	
¿Consumes bebidas alcohólicas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tipo: Cantidad diaria: nº vasos:	
¿Fuma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tipo tabaco: Cantidad diaria:	
¿Practica actividades de riesgo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Cuáles?	
¿Tiene o ha tenido cifras alteradas de colesterol, glucosa, tensión arterial, valores hepáticos o triglicéridos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Colesterol <input type="checkbox"/> - Glucosa <input type="checkbox"/> - Triglicéridos <input type="checkbox"/> - Tensión arterial <input type="checkbox"/> Valores hepáticos <input type="checkbox"/>	
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardíacas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angina de pecho <input type="checkbox"/> - Infarto <input type="checkbox"/> - By-pass <input type="checkbox"/> - Cirugía coronaria <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> - Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Vasculares		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hemorragia cerebral <input type="checkbox"/> - Trombosis <input type="checkbox"/> - Accidente cerebro-vascular <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tipo 1, Insulino-dependiente <input type="checkbox"/> - Tipo 2, No insulino-dependiente <input type="checkbox"/>	
Tumoral o cancerosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Quistes <input type="checkbox"/> - Pólipos <input type="checkbox"/> - Leucemia <input type="checkbox"/> - Linfoma <input type="checkbox"/> - Tumor cerebral <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Digestivas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Úlcera <input type="checkbox"/> - Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> - Colitis ulcerosa <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Ginecológicas / Urológicas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Histerectomía <input type="checkbox"/> - Problema de Próstata <input type="checkbox"/> - Alteraciones de las mamas <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Del Riñón / Vesícula		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> - Cálculos <input type="checkbox"/> - Infecciones <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Del Hígado / Páncreas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hepatitis <input type="checkbox"/> - Cirrosis <input type="checkbox"/> - Pancreatitis <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Respiratorios		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Insuficiencia respiratoria <input type="checkbox"/> - Bronquitis <input type="checkbox"/> - Asma <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Psiquiátrica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Depresión <input type="checkbox"/> - Esquizofrenia <input type="checkbox"/> - Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> - Ansiedad <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Sistema nervioso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> - Parkinson <input type="checkbox"/> - Pérdida tonicidad muscular <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Sangre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Anemia <input type="checkbox"/> - Talasemia <input type="checkbox"/> - Hemofilia u otros trastornos de coagulación <input type="checkbox"/> Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Infecciosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tuberculosis <input type="checkbox"/> - Sida <input type="checkbox"/> - Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Garganta / Nariz / Oídos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Sordera <input type="checkbox"/> - Vértigos <input type="checkbox"/> - Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Piel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Psoriasis <input type="checkbox"/> - Eczemas <input type="checkbox"/> - Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Huesos / Músculos / Articulaciones		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hernia discal <input type="checkbox"/> - Artrosis <input type="checkbox"/> - Artritis <input type="checkbox"/> - Reuma <input type="checkbox"/> - Fibromialgia <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> - Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Síndrome de fatiga crónica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De los ojos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Glaucoma <input type="checkbox"/> - Retinopatía <input type="checkbox"/> - Otras (Especificar) <input type="checkbox"/>	
Otras: Declara padecer alguna enfermedad que no pertenece a ninguno de los grupos anteriores de enfermedades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Cuál?	
¿Está o ha estado sometido a algún tratamiento de rehabilitación, médico, farmacológico o psiquiátrico durante un tiempo superior a 15 días?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Especifique:	
¿Ha sido hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o tiene previsto hacerlo próximamente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Especifique:	
¿Está de baja laboral o lo ha estado durante más de 3 semanas en los últimos 5 años?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Baja laboral <input type="checkbox"/> - Motivo: Cuándo:	
¿Tiene prevista alguna consulta, revisión o prueba médica diagnosticada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Consulta/revisión <input type="checkbox"/> - Motivo: Cuándo:	
¿Consumes o ha consumido estupefacientes o drogas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tipo de droga: Primera vez que consumió: Consumes actualmente:	
¿Le han concedido o está tramitando alguna minusvalía o expediente de incapacidad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Minusvalía <input type="checkbox"/> - En trámite <input type="checkbox"/> - Concedida: año _____ % _____ <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> - En trámite <input type="checkbox"/> - Concedida: año _____ Grado _____	

En su caso, amplíe toda la información pertinente (fecha, diagnóstico, tratamiento recibido, curación total o no, existencia de secuelas,...):

EL ASEGURADO RECONOCE Y ACEPTA QUE REALE VIDA Y PENSIONES, S.A. DE SEGUROS SE RESERVA LA FACULTAD DE REQUERIRLE CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA, ASÍ COMO DE SOMETERLE A LAS PRUEBAS MÉDICAS QUE ESTIME OPORTUNAS. ASIMISMO SE RESERVA EL DERECHO A SOBREVALAR EL RIESGO E INCLUSO A RECHAZARLO, SI DIERA LUGAR. EL ABAJO FIRMANTE DECLARA QUE TODO LO QUE FIGURA EN LA PRESENTE SOLICITUD ES VERDÍCO, NO HABIENDO OCULTADO NADA QUE PUEDA DESVIRTUAR LA APRECIACIÓN DEL RIESGO, COMPRENDIENDO QUE EN EL CASO DE INDICACIONES INCOMPLETAS O NO VERDADERAS SERÁN DE APLICACIÓN LOS ARTÍCULOS 10º Y CONCORDANTES DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO, PRODUCIÉNDOSE, SI MEDIÓ DOLO O CULPA GRAVE EN LA DECLARACIÓN, LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO.

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA DEL ASEGURADO

Protección de datos: En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, REALE VIDA Y PENSIONES, S.A., (el Asegurador), le informa que los datos facilitados por Vd. se van a incluir en un fichero con datos de carácter personal y serán objeto de tratamiento con el fin de poder atender su solicitud, tarificar y presupuestar productos y/o servicios y mantener un contacto profesional y comercial.

Vd. autoriza expresamente que sus datos personales, incluidos los datos de salud, facilitados mediante cuestionarios, formularios o informes derivados de los reconocimientos médicos, sean objeto de tratamiento por parte de REALE VIDA Y PENSIONES, S.A., para poder llevar a cabo las finalidades y gestiones necesarias para la posible suscripción del contrato de seguro.

Asimismo, le informamos que sus datos podrán ser tratados con la finalidad de remitirle información sobre novedades, promociones o descuentos de su interés con relación a productos y/o servicios de REALE VIDA Y PENSIONES, S.A., a través de diversos medios, inclusive electrónicos, y de las entidades pertenecientes a su Grupo empresarial (Reale Seguros Generales, S.A. y Fundación). A tales efectos, el Asegurador podrá segmentar la información disponible sobre su persona, para poder remitirle información y publicidad personalizada, pudiendo asimismo utilizarse dicha información para solicitar su participación en la elaboración de estudios sobre calidad del servicio prestado.

No autorizo el envío de información comercial/promocional/publicitaria del Asegurador.

No autorizo la comunicación de mis datos a empresas del Grupo empresarial del Asegurador, para el envío de información comercial/promocional/publicitaria del Asegurador.

De la misma manera, el Asegurador le informa que sus datos podrán ser cedidos, en su caso, a entidades financieras para la gestión de cobros y pagos, y a entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.

Vd. podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido al Asegurador a la siguiente dirección: REALE VIDA Y PENSIONES, S.A., Calle Príncipe de Vergara, 125, C.P. 28002 Madrid, acompañando copia de su DNI o documento oficial acreditativo de su identidad. En relación al envío de comunicaciones comerciales a través de medios electrónicos, podrá revocar su consentimiento a recibirlas en cualquier momento, indicándolo en el siguiente teléfono 900.101.480

Como prueba de conformidad con todo lo anterior, firman la presente solicitud de seguro en la fecha indicada.

En _____ a _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL ASEGURADO