

DATOS PERSONALES:

Efecto desde las : del / /

Nombre Apellidos NIF / Otro documento

F. Nacimiento / / Sexo Estado Civil Nº Hijos Idioma País nacimiento Nacionalidad

Profesión: Guardia Civil. Empleo Destino Tel Móvil E-mail

Domicilio C/ Nº Piso Puerta C.P. Población Provincia País

Domicilio Fiscal Población C.P. País domicilio fiscal

Sus familiares directos pueden contratar este Seguro en las mismas condiciones: esposo/a, pareja de hecho y hermanos. (Padres o hijos, 18 a 60 años).

Nombre del Guardia Civil Indicar parentesco

Cuenta Bancaria

GARANTÍAS:

GARANTÍA DE FALLECIMIENTO (FCC): En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la causa que lo produzca, accidente o enfermedad, y en cualquier lugar, pagaremos las indemnizaciones pactadas en la fecha del siniestro. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad que se señala en las Condiciones Particulares de la Póliza.

GARANTÍA DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (IPA): La denominación "Invalidez Permanente Absoluta" se corresponde con la definición establecida en la Ley General de la Seguridad Social para la prestación llamada "Incapacidad Permanente Absoluta" durante la vigencia de la Póliza. A efectos de esta garantía, se entiende por Invalidez Permanente Absoluta, la situación física irreversible, provocada por accidente o enfermedad, originaria independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de su total inaptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional. La cobertura de esta garantía complementaria cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad pactada en las Condiciones Particulares.

GASTOS DE SEPELIO: Por esta cobertura la compañía entregará a los beneficiarios 6.000 euros al objeto de que aquellos puedan hacer frente a los gastos de sepelio del Asegurado fallecido por cualquier causa.

ASISTENCIA EN VIAJE: Traslado sanitario de enfermos y heridos, traslado de restos mortales a España, gastos médicos en el extranjero hasta 10.000 €, regreso del Asegurado en caso de defunción de un familiar, prolongación de estancia en hotel por enfermedad y accidente, búsqueda y localización de equipajes, pérdida, daños y robo de equipaje.

FORMA DE PAGO:

Prima Anual Prima Semestral Prima Trimestral

Edad máxima de contratación: 60 años. Prima Mensual (SÓLO OPCIÓN A)

(* Una vez contratado, a partir de 61 años se puede elegir pago mensual.

OPCIÓN ELEGIDA:

Opción A (150.000 €) Opción B (100.000 €) Opción C (50.000 €)

Marcar la opción elegida según el capital asegurado más 6.000€ gastos de Sepelio.

(2) Solicito el Seguro de Accidentes con el doble y triple de capital. Ver condiciones en web. (Capitales incluidos el Seguro de Vida).

SI NO

Consulta en nuestra web garantías, fraccionamiento y primas a partir de 61 años. (1) Los puntos descritos están supeditados a las Condiciones Generales y particulares de aplicación a este producto. Las posibles modificaciones de las Reservas Técnicas e Impuestos del Estado, serán por cuenta del Asegurado. (2) El Seguro de accidentes es una póliza adicional y su contratación es voluntaria e independiente del Seguro de Vida, con recibos separados, que además tiene un límite por siniestro y año de 3.000.000€; para un mismo accidente en el que se viesen afectadas varias personas. (1) EL SEGURO DE VIDA NO TIENE LÍMITE POR SINIESTRO. (2) Los tripulantes de aviación y paracaidistas tienen su propia tarifa únicamente en el Seguro de accidentes. El asegurado o sus beneficiarios cobrarán por todas las pólizas que tengan contratadas. Condiciones sujetas a la aceptación por parte de la compañía.

ACLARACIÓN: EL SEGURO DE VIDA NO TIENE LÍMITE POR SINIESTRO. GARANTIZA 100x100 DEL CAPITAL ASEGURADO.

EDAD	GARANTÍAS CUBIERTAS	CAPITALES	PRIMA ANUAL	PRIMA SEMESTRAL	PRIMA TRIMESTRAL	PRIMA MENSUAL
OPCIÓN A: CAPITAL ASEGURADO DE 150.000 €						
18 a 60	FCC/IPA	150.000 €	275,76	140,64	70,66	26,00
61 a 65	FCC/IPA	150.000 €	747,45	381,20	191,54	64,18
66 a 70	FCC	100.000 €	1.025,30	522,91	264,01	88,86
71 a 80	FCC	100.000 €	2.421,34	1.234,88	623,50	209,85
81 a 90	FCC	50.000 €	4.059,22	2.070,21	1.045,24	351,80
91 a 100	FCC	50.000 €	7.843,27	4.000,07	2.019,64	679,75
OPCIÓN B: CAPITAL ASEGURADO DE 100.000 €						
18 a 60	FCC/IPA	100.000 €	188,92	96,35	48,41	-
61 a 65	FCC/IPA	100.000 €	508,00	259,08	130,18	(*)CONSULTAR PAGO MENSUAL
66 a 70	FCC	50.000 €	576,95	294,25	156,01	(*)CONSULTAR PAGO MENSUAL
71 a 80	FCC	50.000 €	1.278,50	652,04	329,22	110,80
81 a 90	FCC	50.000 €	4.059,22	2.070,21	1.045,24	351,80
91 a 100	FCC	50.000 €	7.843,27	4.000,07	2.019,64	679,75
OPCIÓN C: CAPITAL ASEGURADO DE 50.000 €						
18 a 60	FCC/IPA	50.000 €	102,07	52,06	26,16	-
61 a 65	FCC/IPA	50.000 €	268,51	136,94	68,81	(*)CONSULTAR PAGO MENSUAL
66 a 70	FCC	50.000 €	576,95	294,25	156,01	(*)CONSULTAR PAGO MENSUAL
71 a 80	FCC	50.000 €	1.278,50	652,04	329,22	110,80
81 a 90	FCC	50.000 €	4.059,22	2.070,21	1.045,24	351,80
91 a 100	FCC	50.000 €	7.843,27	4.000,07	2.019,64	679,75

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento: Si no señala, serán: Salvo omisión o error tipográfico

- Su cónyuge, en su defecto sus hijos por partes iguales y en su defecto los herederos legales.

- Otros:

- Banco y nº de crédito en caso de que vincule este seguro a su hipoteca Incluiremos cláusula a favor de la entidad que se cite.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE:

(Marcar con una x) ¿Se encuentra Usted en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos seis meses alguna enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante mas de quince días consecutivos? En caso afirmativo indique causa, inicio y eventual término de la baja.

SI NO

(Marcar con una x) ¿Tiene Usted algún defecto físico, alguna secuela de gravedad o tiene prevista alguna intervención quirúrgica, prueba de diagnóstico o se le ha diagnosticado alguna enfermedad grave o ha recibido tratamiento médico de procesos relacionados con el cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares? En caso afirmativo adjuntar informe reciente.

SI NO

Describe aquí los procesos afirmativos que ha declarado

La respuesta afirmativa puede ser motivo de reconocimiento médico o la no aceptación como asegurado.

El asegurado acepta en este acto su condición e inscripción de socio-simpatizante de la ASOCIACIÓN PLAN DE SEGUROS DE PROTECCIÓN FAMILIAR, que le da derecho a acogerse a los beneficios de este seguro.

En a de de . Leído y conforme:
Firmado El Asegurado

Los familiares pueden contratar este seguro en las mismas condiciones, cualquiera que sea su actividad. Deben cumplimentar otro formulario igual.

UNI RASA IBÉRICA CORREDURÍA DE SEGUROS S.L. autorizada por el Ministerio de Economía y Hacienda-Dirección General de Seguros e inscrita en el registro Especial con el número J-325, como responsable del Tratamiento de Datos, le informa que la información facilitada, así como el resto de los datos de carácter personal que nos facilite, serán objeto de procesos automatizados en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar la agenda de contactos de nuestra empresa, cumplir con las obligaciones propias de mediador de la póliza, y enviarle información, publicidad, ofertas y promociones de UNI RASA S.L. Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD, 03/2018) y del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas (RGPD), de igual manera sus datos registrados en la Asociación Plan de Seguros de Protección Familiar.

RELLENA ESTE FORMULARIO Y ENVÍALO POR WHATSAPP AL 604 03 09 31.
O POR MAIL A: produccion@unirasa.es. O POR FAX AL 981 14 23 80. Dudas al Teléfono 981 14 22 20.

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.

CLAUSULA 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 _____ .

Leído y conforme:
Firmado El Asegurado

**ESTE ANEXO DEBERÁ SER FIRMADO
Y ENVIADO JUNTO A LA SOLICITUD DE LA POLIZA G-W8-150.000.003
RESPETANDO LA NORMATIVA VIGENTE**