



Producto 2331 - Vida Grupo No Exteriorización

Datos del Tomador

Razón Social UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID	C.I.F. Q-2818014I	Nº póliza 59.011.537
Código Mediador	Oficina	

Datos de la persona a asegurar

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
N.I.F.	Domicilio	
Población	C.P.	Provincia
		Nacionalidad
Fecha nacimiento	Sexo	Profesión
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Email
País de Residencia Fiscal		

Domiciliación bancaria

País	Digito	Código entidad	Código oficina	D.C.	Nº cuenta/libreta
Cod IBAN	ES				

Características del Seguro

Fecha efecto	
Garantías	Capitales
Muerte por cualquier causa	
Muerte por accidente	
Muerte por accidente de circulación	
Incapacidad permanente absoluta (I.P.A)	

Beneficiario

En caso de supervivencia

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

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y la legislación nacional vigente relativa a la protección de datos, 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 interesado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, al Dpto. de Inteligencia Comercial, 2ª planta, Calle Emilio Vargas, 6, 28043, Madrid o a la dirección de email buzon.lupd@axa.es para ejercer sus derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, derecho a la limitación del tratamiento, revocación del consentimiento y oposición total o parcial al tratamiento, derecho a la portabilidad de sus datos, derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, y cuando se transfieran datos personales a un tercer país o una organización internacional, derecho a ser informado sobre cómo se puede acceder u obtener copia de las garantías adecuadas relativas a la transferencia.

El interesado 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 _____ de _____ de _____

Firma del Tomador

Firma de la persona a asegurar

Cuestionario de salud de la persona a asegurar

Cumplimentar las preguntas y marcar con una X la casilla que corresponda

Estatura, cm. : _____ Peso, kg.: _____ Tensión arterial - máxima: _____ mínima: _____

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿ Se encuentra actualmente en buen estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Padece usted alguna enfermedad que le obligue a una asistencia médica? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene usted algún defecto físico, ha sufrido accidentes graves, ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente? | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2, 3, 4, 5, complete los siguientes datos

1. Naturaleza del padecimiento o lesión.

2. Fecha, duración aproximada y situación actual:

3. Nombre y dirección de los Médicos o Instituciones que le han asistido:

El Asegurado certifica haber contestado completa y verídicamente 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.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Tomador

Firma de la persona a asegurar