

## Datos generales

### Tomador del Seguro

Apellidos o Razón Social  Nombre  Fecha nacimiento   
Sexo  Hombre  Mujer Domicilio  D.N.I./C.I.F.   
Teléfono  Población  Provincia  C.P.

### Asegurado

El mismo tomador  Apellidos  Nombre   
Fecha nacimiento  Sexo  Hombre  Mujer D.N.I. /C.I.F.   
Domicilio  Población  Provincia  C.P.

### Designación de Beneficiarios

(En modificación de los fijados en las Condiciones Generales)

## RIESGO

### Datos del Asegurado

Actividad (ej. administrativo, tornero, estudiante):   
Sector (ej. industria textil, construcción, banca):  Código:   
Tipo de Actividad

- I  Administrativos y otras actividades sedentarias, amas de casa, profesionales liberales, empresarios, comerciantes, dependientes de comercio, capataces y controladores sin trabajo manual.
- II  Agricultores, chóferes de turismo y furgonetas. Personas con trabajo manual con empleo de herramientas pero sin trabajo en andamios, góndolas, torres o pozos ni con manejo de maquinaria peligrosa (corte mordedura, presión, etc.) o pesada, explosivos inflamables, armas ni corriente de alta tensión.
- III  Chóferes u ocupantes de camiones, autocares y maquinaria industrial o agrícola. Personas que trabajen con maquinaria peligrosa (corte mordedura, presión, etc.) o pesada, en carga y descarga o en andamios o góndolas, sin actuar en torres o pozos y sin manejo de explosivos o inflamables, armas, ni corriente de alta tensión.
- IV  Profesiones a consultar: deportistas profesionales, mineros, buzos, taladores, poceros, etc...

### Riesgos y garantías a asegurar

Capital a asegurar:

OPCIONES	PRIMA
<b>BÁSICA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capital en caso de fallecimiento</li> <li>• Renta anticipada mensual por enfermedad crítica (12 meses, 1% del capital de fallecimiento)</li> <li>• Prolongación voluntaria de la renta por enfermedad crítica a partir del 13º mes en caso de supervivencia, a cuenta del capital de fallecimiento (hasta el fallecimiento o hasta agotar el capital)</li> <li>• Pago de los gastos de sepelio (2,5% del capital de fallecimiento)</li> <li>• Pago de los gastos de testamentaria y liquidación del impuesto de Sucesiones y Donaciones (2,5% del capital de fallecimiento)</li> <li>• Capital adicional de orfandad por muerte simultánea del cónyuge (50% del capital de fallecimiento)</li> </ul>	<input type="text"/>
<b>COMPLEMENTARIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> A Renta por invalidez absoluta y permanente, deducible del capital de fallecimiento</li> <li><input type="radio"/> B Capital adicional por enfermedad grave (requiere contrastar la opción A)</li> </ul>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>ADICIONALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1 Accidente (incluido infarto calificado como tal por la S.S.)</li> <li><input type="radio"/> 2 Accidente de circulación (requiere contratar la opción 1)</li> </ul>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Prima:  Renovable  
 Nivelada Duración:  años

Capital:  Constante  
 Creciente  
 3% Geométrico  5% Geométrico  
 Decreciente  
 Proporcional  Financiero (rellene cuadro de préstamo)

PRÉSTAMO			
Interés: <input type="text"/> %	Duración: <input type="text"/> años	Carencia: <input type="text"/> años	
Amortización: <input type="radio"/> Anual	<input type="radio"/> Semestral	<input type="radio"/> Trimestral	<input type="radio"/> Mensual

Forma de pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

## Declaración Salud

### 1.- CONSTITUCIÓN FÍSICA

Peso:  Kgs. Estatura:  cms. Tensión arterial: Máxima  Mínima

### 2.- HÁBITOS

- A) ¿Fuma más de 20 cigarrillos diarios?  Sí  No
- B) ¿Tiene problemas de alcoholismo o drogodependencia?  Sí  No
- C) ¿Practica habitualmente alguno de estos deportes: alpinismo, boxeo, espeleología, submarinismo, parapente o similares?  Sí  No
- D) ¿Tiene intención de viajar profesionalmente los próximos 12 meses a países distintos de los de la Unión Europea,  Sí  No

Norteamérica o Japón?

Sí  No

Detallar en caso de respuesta afirmativa:

### 3.- SEGUROS ANTECEDENTES

A) ¿Tiene algún seguro sobre la vida, de invalidez, enfermedad grave o accidentes?  Sí  No

B) ¿Ha sido rechazado o aceptado con sobreprima algún seguro sobre la vida, de invalidez, enfermedad grave o accidentes?  Sí  No

Detallar en caso de respuesta afirmativa:

### 4.- ESTADO DE SALUD

A) ¿Tiene actualmente algún problema de salud?  Sí  No

B) ¿Utiliza gafas o lentillas con más de 8 dioptrías?  Sí  No

C) ¿Realiza o ha realizado algún tratamiento médico de más de 7 días en los últimos 5 años?  Sí  No

D) ¿Tiene alguna limitación física o invalidez?  Sí  No

E) ¿Ha dado positivo algún test de SIDA?  Sí  No

F) ¿Ha tenido que interrumpir su actividad profesional, por motivos de salud durante más de 15 días?  Sí  No

G) ¿Se encuentra actualmente de baja por I.T.?  Sí  No

H) ¿Ha sufrido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica?  Sí  No

I) ¿Padece o ha padecido enfermedades relacionadas con...? Marcar con una **X** en caso afirmativo

1  Vías respiratorias  
(Asma, tuberculosis, pulmonía, bronquitis, etc.)

2  Sistema nervioso  
(Neuralgias, vértigo, epilepsia, depresiones, etc.)

3  Vías urinarias  
(Enfermedades sexuales, riñones, vejiga, próstata, etc.)

4  Tumores  
(Malignos o benignos)

5  Metabolismo o sangre  
(Diabetes, anemia, gota, etc.)

6  Columna vertebral  
(Hernias, lumbalgias, ciática, traumatismos, etc.)

7  Aparato digestivo  
(Estómago, hígado, páncreas, etc.)

8  Sentidos  
(Vista, sordera, etc.)

9  Sistema circulatorio  
(Infarto, angina, arritmias, hipertensión, etc.)

10  Accidentes vasculares  
(Embolias, trombosis, varices, hemorragias, etc.)

11  Otras enfermedades no indicadas

Detallar en caso de respuesta afirmativa:

### PENSIONES ASEGURADAS (PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO)

Prima neta anual (en caso de fallecimiento; reembolso de primas más el interés establecido):

Forma de Pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Crecimiento:  %  Aritmético  Exponencial

¿Se encuentra actualmente jubilado?  Sí  No

¿Tiene declarada un minusvalía superior al 65%?  Sí  No

¿Desea aportar cada año el máximo establecido legalmente?  Sí  No

## RENTAS

Renta anual

Duración  Vitalicia  
 Temporal  Años

Forma de Pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual Crecimiento:  %  Aritmético  
 Exponencial

Diferimiento  No  
 Sí Fecha de Primer Pago:

Complementario de fallecimiento:  Sí  No (Reembolso de primas pagadas menos rentas cobradas)

Reversión:  %

### Segundo Asegurado

Apellidos o Razón Social  Nombre

Domicilio  D.N.I.

Teléfono  Población  Provincia  C.P.

Fecha nacimiento  Sexo  Hombre  Mujer

### Banco o Caja para el ingreso de las rentas

	Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta
Código Cuenta Cliente (CCC)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## AHORRO

### ASEGURADO A IMPOSICIÓN PERIÓDICA

Total Recibo (en caso de fallecimiento; reembolso de primas más el interés mínimo garantizado):

Duración (mínimo 8 años):  años

Forma de Pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual Crecimiento:  %  Aritmético  
 Exponencial

### ASEGURADO A PLAZO FIJO

Prima única (recibo físico)  Con efecto (fecha)

Plazo Fijo (en caso de fallecimiento; reembolso de primas más el interés técnico garantizado): Duración  años + 1 día

### CON INVERSIÓN GARANTIZADA

Prima única (recibo físico)  Con efecto (fecha)

Duración 5 años + 1 día  
(en caso de fallecimiento; reembolso de primas más el interés establecido)  
(capital mínimo garantizado en caso de supervivencia al vencimiento la prima pagada)

### CON INVERSIÓN VARIABLE (UNIT LINKED)

Prima neta anual (en caso de fallecimiento; reembolso de primas más el interés establecido):

- Perfil muy conservador (100% A.R.F. Corto Euroland FIMF)
- Perfil conservador (34% A. Conserv. España FIMF, 33% A. Conserv. Europa FIMF, 33% A. Conserv. Global FIMF)
- Perfil moderado (34% A. Moderado España FIMF, 33% A. Moderado Europa FIMF, 33% A. Moderado Global FIMF)
- Perfil emprendedor (34% A. Emprend. España FIMF, 33% A. Emprend. Europa FIMF, 33% A. Emprend. Global FIMF)

Forma de Pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Crecimiento:  %  Aritmético  
 Exponencial

La legislación aplicable es la española y la Dirección General de Seguros depende del Ministerio de Economía, el organismo de control.

La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

**Los datos se incluirán en ficheros automatizados** que se destinarán al cumplimiento del objeto de seguro y serán tratados de forma confidencial tanto por Ingesa Seguros como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza.

**Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.** El Asegurado/Tomador podrá dirigirse a Ingesa Seguros para pedir la consulta, rectificación o cancelación de los datos facilitados.

Conforme al artículo 24 de la Ley 30/1995 **se notifica** que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestros **serán cedidos** a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

El Asegurado/Tomador  (\*) **autoriza** de manera expresa a que los datos puedan ser conservados y utilizados por Ingesa Seguros para ofrecer otros servicios y productos.

(\*) **Seleccionar No en caso de no prestar consentimiento.**