

SOLICITUD DE ADHESIÓN SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PREMIUM

DATOS DEL TOMADOR

Nombre: _____ CIF/NIF: _____

Domicilio: _____

FECHA DE EFECTO DEL SEGURO: ___/___/_____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: _____

Nombre: _____ Fecha Nacimiento: ___/___/_____ N.I.F.: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Población: _____ Provincia: _____

Telf.: _____ Email: _____

Profesión: _____ Especialidad: _____

Nº Cuenta: ES _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _

Beneficiarios: En caso de fallecimiento, los beneficiarios serán los designados por los Asegurados. Si no hubiera designación expresa, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán, por orden de prelación:

1º Cónyuge o pareja de hecho legalmente reconocida del Asegurado.

2º Hijos del Asegurado.

3º Padres del Asegurado.

4º Herederos legales del Asegurado.

Designación de beneficiarios: _____

COBERTURAS Y CAPITALS

1	Fallecimiento por Accidente	200.000,00 €
2	Invalidez Permanente Absoluta por Accidente	200.000,00 €
3	Gran Invalidez por Accidente	300.000,00 €
4	Fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo Accidente	300.000,00 €
5	Inv. Perm. Absoluta de ambos cónyuges en el mismo Accidente	300.000,00 €
6	Gastos de sepelio por fallecimiento por Accidente	3.000,00 €
7	Reforma de la vivienda en caso de Inv. Perm. Absoluta o Gran Invalidez	3.000,00 €
Prima total anual (Incl. impuestos): 180 €		

¿Ha estado o está afectado/a de apoplejía, epilepsia, diabetes, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o alguna otra enfermedad grave y/o permanente? (SÍ/NO)_____

En caso afirmativo, detallar (fecha de diagnóstico, tratamiento, tipología, secuelas, etc.): _____

¿Realiza alguna actividad secundaria distinta de la Profesión declarada (SÍ/NO)?_____

En caso afirmativo, detallar: _____

En _____ a _____ de _____ de _____

Nota importante: NO se tramitará ninguna solicitud de seguro si no está completa, debidamente rellena y firmada. El solicitante declara haber sido informado de todas las condiciones del contrato.

Firmado: La Correduría

Firmado: El Tomador

CLAÚSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Se informa al interesado que Markel International España, incluirá los datos de carácter personal, y todos los datos posteriores que estén relacionados con el cumplimiento del contrato de seguro, en un fichero de datos del que es Responsable Markel International España. La finalidad del tratamiento será la prestación derivada del cumplimiento del contrato de seguro, así como el posible envío de información por Markel International España, sobre sus productos y servicios. El Asegurado/ Tomador autoriza expresamente que sus datos pueden ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera o prevención del fraude. El Asegurado/ Tomador podrá hacer valer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de los que sea titular, mediante notificación a Markel International España, Plaza Pablo Ruiz Picasso 1, Planta 35, Ed. Torre Picasso, 28020 Madrid, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado facilite a Markel International España información relativa a los Asegurados o a los Perjudicados, el Tomador o el Asegurado manifiestan que todos esos datos que comuniquen al Asegurador han sido facilitados por éstos; y que los mismos han prestado su consentimiento expreso para que sus datos sean comunicados por el Tomador o por el Asegurado al Asegurador con la finalidad de poder cumplir con el contrato de seguro.