



SEGURO DE CONVENIO. MEDIACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS (ART. 59)

EFFECTO DEL SEGURO, DURACIÓN Y FORMA DE PAGO

Fecha de efecto inicial: (dd/mm/aaaa): __ / __ / ____

Duración de la póliza: Anual Prorrogable

Forma de Pago: ANUAL SEMESTRAL (Primas superiores a 300 € anuales)

Domiciliación bancaria: Entidad ____ Oficina ____ DC __ Cuenta _____

Titular de la cuenta:

TOMADOR DEL SEGURO / SOLICITANTE

Nombre y Apellidos / Razón Social:

NIF / CIF / NIE:

Teléfono:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.: _____

Clave de autorización administrativa DGSFP o Comunidad Autónoma:

DATOS DEL RIESGO / COBERTURAS / PRIMAS

Convenio: Mediación de Seguros Privados

Nº de empleados:

Coberturas:

Fallecimiento, Invalidez Permanente Absoluta, Total para la profesión habitual y Gran Invalidez por enfermedad: 16.000 €.

Fallecimiento, Invalidez Permanente Absoluta, Total para la profesión habitual y Gran Invalidez por accidente: 32.000 €.

Prima Total Anual por asegurado: 21,51 € El Tomador del seguro o Solicitante declara que los datos consignados en la presente solicitud - cuestionario se ajustan a la realidad, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y fijación de la prima, y se compromete a comunicar por escrito cualquier modificación que se produzca en los mismos, así como cualquier circunstancia que pueda agravar el riesgo (Artículos 10 u ss. De la Ley de Contrato de Seguro). Igualmente se compromete a aportar, a requerimiento de la Compañía, la documentación acreditativa de los datos consignados.

El tomador, con la firma del presente documento, reconoce y acepta sin reserva alguna que exclusivamente tendrá la condición de Asegurado la persona que cumpla todos los requisitos siguientes:

a) estar vinculada al Tomador por un nexo laboral y constar en la "Relación nominal de Trabajadores TC1 y/o TC2" (o los que en el futuro puedan sustituirlos) que recogen el número y relación nominal de trabajadores de la Seguridad Social en el momento de formalizar la póliza o durante la vigencia de la misma si el nexo laboral con el Tomador se iniciara después de la referida formalización.

b) no encontrarse en situación de incapacidad temporal (Incapacidad Laboral Transitoria o Invalidez Provisional), derivada de accidente, o de enfermedad común o profesional o pendiente de calificación de las lesiones o secuelas derivadas de un accidente/enfermedad ocurrido antes de la formalización de la póliza o de la inclusión en la plantilla del tomador.

Los datos personales que figuran en el presente documento han sido voluntariamente facilitados por el Tomador del seguro o Solicitante previamente advertido de que los mismos serán objeto de tratamiento informatizado, como necesarios e imprescindibles para el establecimiento, mantenimiento y cumplimiento de la relación contractual entre las partes, una vez formalizada la póliza de seguro que los justifica, pudiendo ser cedidos conforme lo establecido en el apartado c) nº 2 del artículo 11 de la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Reale Seguros Generales, SA, como Responsable del Fichero y del tratamiento, garantiza el ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de los datos personales en los términos previstos en la legislación vigente.

En, a de.....de

El Tomador o Solicitante