

Nº DE CONTRATO	EFECTO (A las 24h.)	Vencimiento (A las 24h.)	Forma de Pago	Duración Seguro	Duración Primas
Código Mediador	Nombre y Apellidos o Razón Social				

TOMADOR DEL SEGURO

Nombre y Apellidos		NI.F./C.I.F.		Teléfono	
Domicilio		Nº	Planta	Escalera	Puerta.
Localidad		Provincia		Código Postal	
E-mail / Dirección de correo electrónico.					

ASEGURADO

Nombre y Apellidos		NI.F./C.I.F.		Teléfono	
Domicilio		Nº	Planta	Escalera	Puerta
Localidad		Provincia		Código Postal	
Fecha de Nacimiento		Lugar	Profesión		
Sexo	Estado Civil		Régimen Matrimonial: Gananciales <input type="checkbox"/> Separación de Bienes <input type="checkbox"/>		

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre Banco / Caja de Ahorro:					
Clave del Banco		Clave Sucursal		D.C.	
Nº C.C./Libreta					
Domicilio		C. Postal		Localidad	
Provincia					
Titular de la cuenta					

¿Debe servir la póliza como Garantía Hipotecaria?

Sí No En caso afirmativo, indicar :

Entidad	Sucursal	Nº Préstamo	Vencimiento
---------	----------	-------------	-------------

CAPITAL ASEGURADO		PRIMA A PAGAR ANUAL		Crecimiento anual	Const.
--------------------------	--	----------------------------	--	--------------------------	--------

SEGURO PRINCIPAL	RIESGO									
	GROUPAMA TEMPORAL RENOVABLE		GROUPAMA JOVENES RENOVABLE							
SUBMODALIDAD										
Capital Constante										

SEGUROS COMPLEMENTARIOS										
Invalidez cualquier causa										

BENEFICIARIOS

 Espacios sombreados en Gris reservados a la Compañía

El que suscribe solicita de GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. la emisión de una póliza de Seguro de Vida, conforme a los datos expresados más arriba, aceptando que la presente solicitud forma parte del Contrato de Seguro.

En _____ a _____ de _____ de 20__

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL MEDIADOR

Nombre del Asegurado (Obligatoria su cumplimentación)

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

(1) Talla y Peso		(2) Tensión Arterial	
1.1. Talla (en cms.)	<input type="text"/>	2.1 Máxima	<input type="text"/>
1.2. Peso (en Kg.)	<input type="text"/>	2.2. Mínima	<input type="text"/>
(3) Consumo diario de Tabaco (indicar el nº de cigarrillos, puros y/o pipas)		(4) Consumo diario de Bebidas Alcohólicas	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
(5) ¿Hay o ha habido en su familia enfermo de corazón, cáncer, diabetes o mentales?		En caso afirmativo, indique quién y cuándo:	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
(6) ¿Consumo o ha consumido alguna vez alguna de estas Drogas? Heroína, Cocaína, Drogas de Diseño u otras similares		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
(7) ¿Padece alguna lesión de las indicadas a continuación como consecuencia de un accidente o enfermedad? <i>Infarto de Miocardio, Angina de Pecho, Lesiones de Columna Vertebral, Lesiones en alguno de los miembros inferiores o superiores, Parálisis cerebral, Parkinson, Espina bífida, Síndrome de Down, Falta de visión grave (más de 6 dioptrías), Mudez, Tumores o afecciones pulmonares o de cualquier otra no indicada.</i>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, amplíenos información acerca de las dolencias o de las enfermedades padecidas, detallando la fecha en que comenzaron los trastornos y su duración _____			
(8) ¿Ha sido hospitalizado o intervenido quirúrgicamente de alguna afección del aparato digestivo, cardiovascular, cancerígena y/o de columna vertebral, y/o ha necesitado un Trasplante?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, amplíenos información acerca de las dolencias o de las enfermedades padecidas, detallando la fecha intervención u hospitalización _____			
(9) ¿Recibe o ha recibido algún tratamiento médico o medicación especial sobre alguna de las siguientes enfermedades? <i>Hemodiálisis, Radioterapia, Quimioterapia, Transfusiones sanguíneas, Insulina, Drogadicción, Hipertensión Grave, Insuficiencia cardiaca, Insuficiencia renal, Tratamiento Psiquiátrico, Hepatitis C, Fiebre intermitente, Anemia, Anorexia, Diarrea persistente y/o Tuberculosis, Alcoholismo, Sida, Manifestaciones cancerígenas o cualquier otra no especificada)</i>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, amplíenos información acerca de las dolencias o de las enfermedades padecidas, detallando la fecha en que comenzaron los trastornos y su duración _____			
(10) ¿Le han practicado alguna vez el test de V.I.H. y su resultado ha sido positivo?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En el caso de que haya sido positivo, ¿ha sido puesto en tratamiento?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

MANIFESTACIONES DEL ASEGURADO

¿Ha sido rechazado al contratar un Seguro de Vida o aceptado con sobreprima?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar Fecha: ____ . ____ . ____ y Compañía: _____	
¿Tiene o está tramitando más Seguros de Vida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar Compañía _____	
¿Practica alguno de los siguientes Deportes?: Paracaidismo, parapente o similares; Espeleología; Utilización de cualquier vehículo a motor para competiciones deportivas (aéreo, terrestre o acuático); Submarinismo; Alpinismo; De combate (boxeo y similares, artes marciales y similares)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indicar Deporte _____	

Yo el abajo firmante declaro: Que las respuestas dadas por mí se ajustan totalmente a la verdad, no alterando ni omitiendo circunstancia alguna y quedo enterado que las ocultaciones o inexactitudes en las respuestas pueden motivar la pérdida de todos los derechos otorgados por el Seguro de acuerdo con lo establecido en la Ley.

El Solicitante/Proponente manifiesta la perfecta comprensión de las cuestiones a las que ha sido sometido, reconociendo haber declarado verazmente sobre las mismas o cualesquiera otras circunstancias de las que tenga conocimiento y que puedan influir en la valoración por parte de GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. del riesgo propuesto, obligándose en su caso, a poner en conocimiento de esta durante la vigencia del contrato de seguro, cualquier hecho que pudiera agravar el riesgo asegurado, todo ello, a los efectos de lo regulado en los artículos 10 y siguientes de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

En cumplimiento de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre (LOSSP), se hace constar, lo siguiente:

• La Compañía aseguradora GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U. tiene su domicilio social en España, Plaza Las Cortes, 8- 28014 Madrid, siendo aplicable al contrato la legislación española.

• La autoridad de control de la actividad es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

• Las diferentes instancias de reclamación y resolución de conflictos son: Oficina de Atención al Asegurado (SAC) de Groupama Seguros (en www.groupama.es) / Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones / Jueces y Tribunales competentes.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el Solicitante/Proponente reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, y proporciona los datos como condición indispensable para la contratación del seguro, otorgando expresamente su consentimiento: Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, y para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo al que pertenece la Compañía, relacionados con el Sector del Seguro.

• Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo asegurador GROUPAMA en España y a quienes éstas arriendan sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del contrato de seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo GROUPAMA SEGUROS se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a GROUPAMA SEGUROS.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (tomador del seguro, etc.), distinta del titular de los mismos (asegurado, beneficiario, propietario, perjudicado, etc.), recaerá en este la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de esos titulares respecto su tratamiento para los fines anteriormente expuestos.

El Solicitante/Proponente reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley 15/99, de 13 de diciembre, (LOPD), en Plaza Las Cortes, 8 - 28014 de Madrid, ante el responsable del fichero, que es la propia entidad, GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

CALIFICACIÓN
MÉDICA
VºBº

EL ASEGURADO