

TEMPORAL ANUAL RENOVABLE PUNTOSEGURO**SOLICITUD DE SEGURO****SUSCRIPCION DEL SEGURO****TOMADOR:**

NOMBRE Y APELLIDOS :
N.I.F./C.I.F.: | FECHA DE NACIMIENTO: |
PROFESIÓN EN ACTIVO
DIRECCIÓN :
POBLACIÓN: PROVINCIA
CÓDIGO POSTAL : TELÉFONO| E-MAIL.....
OBRANDO POR CUENTA PROPIA O EN NOMBRE DE. :

ASEGURADO:

NOMBRE Y APELLIDOS
FECHA DE NACIMIENTO: | LUGAR SEXO..... ESTADO CIVIL
N.I.F.:|
PROFESIÓN EN ACTIVO
DIRECCIÓN
POBLACIÓN: PROVINCIA
CÓDIGO POSTAL TELÉFONO| E-MAIL.....

DOMICILIACION DE PAGO:

BANCO O CAJA DE AHORROS: | SUCURSAL: | DC: CUENTA/LIBRETA N°:
TITULAR DE LA CUENTA: (POR DEFECTO TITULAR DE LA PÓLIZA)

CARACTERISTICAS DEL CONTRATO

FECHA DE EFECTO: DURACIÓN : 1 AÑO RENOVABLE
FORMA DE PAGO: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL
EN CASO DE ESTAR CASADO ¿DESEA REALIZAR LOS PAGOS CON CARGO A LA SOCIEDAD DE GANANCIALES? SI NO

DATOS DEL PRESTAMO :

ENTIDAD..... CAPITAL NOMINAL : EUROS

GARANTIAS :

- PRINCIPAL : CAPITAL INICIAL DE FALLECIMIENTO : | | EUROS
- SEGUROS COMPLEMENTARIOS :
 INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO EL BENEFICIARIO ES LA ENTIDAD Y PRÉSTAMO:

POR EL IMPORTE DE LA DEUDA PENDIENTE EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO QUEDANDO, EN SU CASO, **EL IMPORTE ASEGURADO RESTANTE A FAVOR DE :**
EL CÓNYUGE, EN SU DEFECTO LOS HIJOS POR PARTES IGUALES, EN SU DEFECTO LOS PADRES POR PARTES IGUALES Y EN SU DEFECTO SUS HEREDEROS LEGALES.

DESIGNACION EXPRESA : Y EN SU DEFECTO HEREDEROS LEGALES.

De conformidad a lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que en el contexto de la tramitación de su solicitud de seguro de vida y al objeto de evaluar su estado de salud, puede tener que responder a un cuestionario de salud y, en su caso, someterse a un reconocimiento médico o la realización de unas pruebas médicas. Por su comodidad, el cuestionario de salud podrá realizarse mediante conversación telefónica que será grabada, al objeto de dejar constancia de sus respuestas. De llevarse a cabo, el reconocimiento médico será realizado por un centro médico en el que le concertaremos una cita, para lo cual cederemos a él su nombre, apellidos, domicilio, teléfono y lista de pruebas a realizar. Antes de realizar tal cesión, le informaremos a Ud. del nombre y dirección del centro médico, momento a partir del cual los datos personales mencionados podrán ser cedidos.

Sus datos personales, incluidos datos de salud, que se recaben en el proceso de identificación y valoración del riesgo relativo a su solicitud de seguro de vida, serán almacenados y tratados en un fichero de datos de carácter personal del cual PELAYO MONDIALE VIDA, es el responsable. Dichos datos serán tratados con el fin de evaluar y tramitar su solicitud de seguro de vida. Tales datos personales comprenden tanto aquellos incluidos en el formulario de solicitud y en el cuestionario de salud que usted cumplimente (incluyendo, en caso de cumplimentación telefónica, la grabación de la conversación telefónica), como aquellos comprendidos en los resultados de los cuestionarios, pruebas e informes médicos que Ud. aporte o que se le realicen en el reconocimiento médico, y que le hacemos saber que nos serán comunicados por el centro médico que se lo haya realizado. Dichos datos serán tratados de forma confidencial de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, tanto por PELAYO MONDIALE VIDA, como por su red de mediadores, por las empresas que presten los servicios necesarios para dar cobertura a las prestaciones que tenga contratadas, así como por otras entidades que, por cuestiones de reaseguro, coaseguro, intervengan en la gestión de su seguro.

Fdo.: de de 20...