

Zurich Vida Complet

Solicitud de Seguro



Nº Prepóliza Nº Póliza

NOTA: En las contestaciones señalar con X lo que proceda y en las sí no señalar con un círculo. Las zonas sombreadas están reservadas a la Compañía.

Efecto	Duración	años	Forma de pago:	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> Trimestral	<input type="radio"/> Semestral	<input type="radio"/> Anual	Opción	<input type="text"/>
Mediador productor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos del Tomador (cumplimentar si es distinto del Asegurado)

Apellidos y nombre										
Domicilio							N.º	Adicional		
Código postal			Población				Teléfono			
N.I.F./C.I.F./NIE					E-mail					

Datos del Asegurado

Apellidos y nombre															
Domicilio							N.º	Adicional							
Código postal			Población				Teléfono								
Fecha nacimiento		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sexo	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> H	NIE/N.I.F.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Actividad profesional que realiza							Deporte que practica								

Domiciliación Bancaria

Entidad	<input type="text"/>	Sucursal	<input type="text"/>	Dígitos control	<input type="text"/>	Cuenta corriente/Libreta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------	----------------------	-----------------	----------------------	--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Beneficiarios

En caso de fallecimiento del Asegurado	<input type="text"/>
--	----------------------

En caso de Invalidez Absoluta y Permanente: El propio asegurado

Garantías a Contratar

Garantías a Contratar	Capitales
Garantía principal	
Fallecimiento	<input type="text"/>
Garantías complementarias	
<input type="radio"/> Fallecimiento por accidente	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Fallecimiento por accidente circulación	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Incapacidad permanente y absoluta	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Incapacidad por accidente	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Incapacidad por accidente circulación	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Anticipo capital fallecimiento por enfermedad grave	<input type="text"/>

Revalorización de los capitales:

No revalorizable Revalorizable acumulativo según I.P.C.

% Revalorizable acumulativo anual (indicar el porcentaje - Máx. 4%)

En caso de amortización de Préstamo:

Entidad	Nº Préstamo	Interés Préstamo	%
---------	-------------	------------------	---

Periodicidad Amortización: Anual Semestral Trimestral Mensual

Certificado de garantía de devolución de Zurich Vida. A partir de la recepción de mi contrato dispondré de 30 días para estudiar sus condiciones generales y particulares. Si no me satisface plenamente, podré anularlo con sólo devolverlo en ese plazo indicando "Anulado". La póliza que se emitirá de esta Solicitud, no entrará en vigor hasta el pago de la primera prima, cuyo importe deberá ser abonado por domiciliación bancaria.

Dirección de Correspondencia: Aribau, 197, 4ª planta – 08021 Barcelona.

Ejemplar para la Compañía

Zurich Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –Sociedad Unipersonal–, N.I.F.: A-08168213

Domicilio Social: Calle Santa Leonor, 57, con vuelta a Calle Julián Camarillo, 29, Madrid. Registro Mercantil de Madrid, Tomo: 16.325 Libro: 0, Folio: 189, Sección: 8, Hoja: M-126243, Inscripción: 131.

Nº Prepóliza

Nº Póliza

Declaración del Solicitante (preguntas obligatorias)**Responder SI o NO a las siguientes preguntas**

¿Padece o ha padecido algún tipo de enfermedad, defecto físico o accidente que le haya dejado alguna secuela o que necesite de algún tratamiento médico, régimen, intervención quirúrgica y/o revisiones médicas periódicas? sí no

¿Se encuentra actualmente incapacitado para el ejercicio de su profesión habitual o inválido o en situación de incapacidad temporal? sí no

Durante los cinco últimos años. ¿Ha tenido, por falta de salud, enfermedad o intervención quirúrgica que interrumpir su trabajo o cambiar de profesión o haber sido dado de baja en la Seguridad Social por una duración superior a tres meses? (Salvo casos de embarazo y partos) sí no

Practica algún deporte/ afición o competición de riesgo /riesgo extremo sí no

¿Es Ud. fumador? sí no

Talla cms. Peso kgs.

En caso de respuesta afirmativa cumplimentar las siguientes preguntas

¿Tipo de lesión o enfermedad?

¿Secuelas?

¿Por qué motivo?

¿Cuándo?

¿Por qué?

Indicar tipo y ámbito

Nº Cigarrillos/día

Presión arterial: máxima mínima

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, cumplimentar la declaración de salud que figura a continuación:

Para capitales superiores a 120.000 Euros**Responder SI o NO a las siguientes preguntas**

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del aparato digestivo o respiratorio? sí no

¿Ha padecido o padece alguna afección de las cuerdas vocales? sí no

¿Ha padecido o padece alguna afección cardíaca o del aparato circulatorio? sí no

¿Toma habitualmente alguna medicación? sí no

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad renal o de las vías urinarias? sí no

¿Tiene azúcar en la sangre y/o diabetes o padece anemia? sí no

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la vista? sí no

Si usa gafas o lentillas, indicar:

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de los oídos? sí no

¿Ha padecido o padece algún tipo de enfermedad reumática o de la columna vertebral? sí no

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la piel? sí no

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad psíquica o del sistema nervioso? sí no

En caso de respuesta afirmativa cumplimentar las siguientes preguntas

¿Qué enfermedad? Año

¿Qué enfermedad? Año

¿Qué enfermedad? Año

¿Para qué enfermedad? Año

¿Qué enfermedad? Año

¿Tratamiento? Año

¿Qué enfermedad? Año

Causa Graduación O.D. O.I.

¿Qué enfermedad? Año

¿Qué enfermedad? Año

¿Qué enfermedad? Año

¿Qué enfermedad? Año

El Tomador y/o Asegurado declara que son exactas las respuestas que contiene la presente Solicitud/cuestionario de seguro, siendo responsable de las inexactitudes del mismo, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, obligándose a comunicar a la Entidad Aseguradora cualquier variación que se produzca durante la vigencia del seguro. Igualmente reconoce haber recibido con anterioridad a la celebración del contrato toda la información requerida en el artículo 107 y concordantes del R.D. 2486/1998. **Protección de Datos Personales:** Los datos de carácter personal se incluirán en ficheros de las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia, la finalidad de los cuales es la oferta, perfección, mantenimiento y control del contrato de seguro así como la realización de estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, la gestión del coaseguro en su caso y la prevención del fraude. La declaración de sus datos es voluntaria aunque necesaria para el funcionamiento de la relación contractual. En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad contratante correspondiente, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Via Augusta 200, 08021-Barcelona. Asimismo sus datos serán utilizados para el ofrecimiento de productos o servicios por parte de las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados, así como para el envío de información sobre los productos, bienes o servicios que comercialicen otras entidades y que, de acuerdo con los datos que nos ha facilitado, mejor se ajusten a su perfil y necesidades. En caso que desee manifestar su negativa al uso de sus datos con tal finalidad puede hacerlo a través de la dirección de correo electrónico zurichlopd@zurich.com. Para todo lo anterior el solicitante manifiesta expresamente su consentimiento. El Tomador declara que es titular/cotitular de la cuenta corriente bancaria indicada en la presente solicitud, en que se cargarán los importes de la primas correspondientes a la póliza suscrita.

En a de de

Por el Mediador

El Tomador

El Asegurado solicitante (Si es distinto del Tomador)

Rellenar todos los datos por el Asegurado / Tomador, fecha y firma.Observaciones

El Tomador y/o Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 107 del R.D. 2486/1998 de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, reconoce que con anterioridad a la perfección del Contrato ha sido informado por escrito de todas las circunstancias necesarias para tener un conocimiento preciso de las garantías, primas, derechos, obligaciones y bases de cálculo utilizadas para la determinación de las prestaciones, según lo previsto en los artículos 104 y 105 de la citada norma (Pág. 3/3).

Fecha de la recepción de la Nota Informativa de de El Tomador

Cuestionario de Conocimiento de Cliente

Nº de Pre-póliza:

Nº de Póliza:

Cuestionario de cumplimentación obligatoria para todas las pólizas de vida. (Obligatorio también en el caso de reinversiones.)

Personas físicas

Nombre y Apellidos:

Nº de Identificación:

Expedido en: España Otros

Estado Civil:

Profesión:

Empresa para la que trabaja:

Sector:

Cargo o función:

Antigüedad:

Ingresos Anuales Brutos:

Hasta 30.000 € Entre 30.000 € y 60.000 € Entre 60.000 € y 120.000 € Más 120.000 €

Patrimonio:

– ¿Es usted titular de algún bien inmobiliario? Sí No

En caso afirmativo, indicar el importe: Menos 100.000 € Entre 100.000 € y 250.000 € Entre 250.000 € y 500.000 € Más 500.000 €

– ¿Es usted titular de algún bien mobiliario (títulos-valores, participaciones en instituciones de inversión colectiva u otros activos)? Sí No

En caso afirmativo, indicar el importe: Menos 10.000 € Entre 10.000 € y 50.000 € Entre 50.000 € y 100.000 € Más 100.000 €

Deudas:

– ¿Es usted titular de algún préstamo o crédito con garantía hipotecaria? Sí No

En caso afirmativo, indique capital pendiente: Menos 100.000 € Entre 100.000 € y 250.000 € Entre 250.000 € y 500.000 € Más 500.000 €

– ¿Es usted titular de algún préstamo o crédito personal? Sí No

En caso afirmativo, indique capital pendiente: Menos 6.000 € Entre 6.000 € y 30.000 € Más 30.000 €

Personas jurídicas

Razón Social:

CIF:

Actividad empresarial – CNAE:

Año de constitución:

(Adjuntar copia de la escritura de constitución)

Representante/s:

Nombre y Apellidos:

Nº de Identificación:

Nombre y Apellidos:

Nº de Identificación:

Participación accionarial

 (Detallar titulares con una participación accionarial superior al 25% del capital social de la persona jurídica.

En caso de que éstos a su vez sean personas jurídicas, indicar nombre de la persona física que tiene mayor participación accionarial en las mismas.)

Accionistas

% de participación

Accionistas	% de participación

Origen de los fondos

El tomador declara que los fondos o recursos financieros que Zurich Vida recibe como prima o aportación extraordinaria en el contrato de referencia tienen como origen:

Rendimientos del trabajo Rendimientos del capital mobiliario Rendimientos del capital inmobiliario Rendimientos de actividades económicas

Otros (indicar detalle a continuación):

Motivo/s de la contratación de la presente póliza:

Protección de datos personales. Los datos de carácter personal, de cumplimentación voluntaria aunque necesaria para la perfección del contrato de seguro, se incluirán en ficheros cuya finalidad es el adecuado conocimiento del perfil del cliente y su adecuación a las características derivadas de la póliza contratada en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 19/1993 de 28 de diciembre y legislación complementaria por parte de las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia, u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Vía Augusta 200, 08021-Barcelona. Los datos de carácter personal únicamente serán comunicados a otras entidades cuando sea necesario para el correcto desarrollo del contrato de seguro, para estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos o para la gestión del coaseguro y reaseguro. La autorización del cliente/usuario a la cesión o tratamiento de sus datos tendrá siempre carácter revocable. Para todo lo cual el solicitante manifiesta expresamente su consentimiento.

En _____ a _____ de _____ de _____ de _____ de _____

El Tomador