VITALICIO SEGUROS

AMS
ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE MEDIADORES DE SEGUROS

Solicitud de Seguro de Vida Individual
Póliza núm: 1/94/_____

Mediador: _____ **Código:** _____

Datos Personales del Tomador/Asegurado:

Nombre y dos apellidos, o razón social:

NIF/CIF :

Persona Física: Fecha de nacimiento: / / Sexo: Estado civil:

Profesión/actividad empresa:

Domicilio: Nº.: Piso: Puerta:

Código postal: Población:

Provincia: País:

Domiciliación bancaria: Entidad: Oficina: DC.: Número de Cuenta:

Forma de pago: ÿ Anual ÿ Semestral ÿ Trimestral

Beneficiarios (señalar con una x el recuadro correspondiente)

ÿ El cónyuge; en su defecto, los hijos por partes iguales; en su defecto, los padres por partes iguales o de vivir uno solo de ellos por la totalidad; y en defecto de todos ellos los herederos legales.

ÿ Designación expresa (Nombre, apellidos, Nif y parentesco)

ÿ **Entidad acreedora (Razón social y dirección)**

Duración del Seguro:

Fecha de efecto: / /

Prestaciones a asegurar:

ÿ	Muerte por cualquier causa	Euros
ÿ	Incapacidad Permanente Absoluta	Euros
ÿ	Incapacidad Permanente Total	Euros
ÿ	Capital adicional muerte por accidente	Euros
ÿ	Capital adicional muerte por accidente de circulación	Euros
ÿ	Capital adicional Incapacidad Permanente Total por accidente	Euros
ÿ	Capital adicional Incapacidad Permanente Absoluta por accidente	Euros
ÿ	Capital adicional Incapacidad Permanente Absoluta por accidente de circulación	Euros

Valoración del Riesgo (Marcar con una x la respuesta que proceda):

Indique su profesión habitual

¿Ha estado en situación de Incapacidad temporal en los últimos 12 meses? ? Si ? No ¿Por qué motivo?

¿Se encuentra usted actualmente en buen estado de salud? ? Si ? No ¿Qué enfermedad padece o padecido?

¿Desde cuándo?

¿Padece alguna enfermedad o minusvalía? ? Si ? No ¿Cúal?

Tensión arterial:: Máxima: Mínima

Estatura: cm Peso: Kg ¿Su visión es normal? ? Si ? No

¿Tiene contratados o solicitados otros seguros de Vida o Accidentes? ? Si ? No

El abajo firmante declara que son exactas y verídicas las contestaciones que anteceden y que no ha ocultado u omitido hechos o circunstancia alguna que pueda influir en la apreciación del riesgo, asimismo autoriza a cualquier médico que le hubiera reconocido o asistido en sus dolencias revelar al Asegurador todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestar su servicio.

En _____ a las ___h. del ___de_____de ___

El Mediador: **El Solicitante:**