

Declaración de Salud de la persona a asegurar:

Si lo desea, puede remitir la presente Declaración de Salud directamente al Servicio Médico del area de Vida y Pensiones Particulares, asegurándose así la confidencialidad de los datos personales aportados.

Cumplimentar cuidadosamente **todas** las preguntas para cada una de las personas a asegurar. No utilizar signos ni rayas como respuesta. Cuando se deba responder Sí o No a una pregunta determinada, marcar con una X en la casilla adecuada.

7. Estatura cm. Peso Kgs.
8. ¿Ha fallecido alguno de sus padres o hermanos de alguna de las siguientes enfermedades, situaciones o padecido alguna de ellas antes de los 60 años?: Afecciones del corazón, accidentes cerebrovasculares, hipertensión sanguínea, diabetes, cáncer o suicidio. En caso afirmativo, indicar cuáles Sí No
9. ¿Padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades o situaciones?
- 9.1. Afecciones del corazón (infarto, angina de pecho, arritmias, etc.) o del sistema circulatorio Sí No
- 9.2. Accidentes cerebrovasculares (embolias) o hipertensión sanguínea (Mín. Máx.) Sí No
- 9.3. Cáncer, tumores u otro tipo de afección maligna (Leucemia, Linfoma, etc.) Sí No
- 9.4. Afecciones de riñón, vejiga, hígado o aparato digestivo (cirrosis, enfermedad de Crohn, úlcera, etc.) Sí No
- 9.5. Asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis, u otras afecciones respiratorias Sí No
- 9.6. Alguna afección del sistema nervioso: epilepsia, Parkinson, demencia, esclerosis, etc. Sí No
- 9.7. Enfermedades infecciosas: hepatitis, malaria, VIH positivo (como Sida o relacionadas), etc. Sí No
- 9.8. Enfermedades endocrino-metabólicas (diabetes, porfirias, hipercolesterolemia, etc.) Sí No
- 9.9. Afecciones oculares (miopía, desprendimiento de retina) nº dioptrías, (ojo izquierdo: ojo derecho:) o afecciones de los oídos (sordera, etc.) Sí No
- 9.10. Afecciones de la columna vertebral, hernias, lumbalgias, ciática, artrosis, etc. Sí No
- 9.11. Sigue o ha seguido algún tratamiento o ha estado ingresado durante los últimos 12 meses o tiene previsto algún tratamiento próximamente Sí No
- 9.12. Algún accidente o traumatismo grave Sí No
- 9.13. Alguna disfunción o incapacidad Sí No
10. ¿Ha estado Ud. de baja médico/laboral en los últimos 12 meses? Sí No
11. ¿Consume algún tipo de droga? En caso afirmativo, indique tipo Sí No
12. ¿Consume alcohol? En caso afirmativo, indique consumo semanal de alcohol Sí No
13. ¿Le han recomendado que se sometiese o se ha sometido a algún test de sida? Sí No
14. ¿Le han recomendado que se sometiese o se ha sometido a algún test genético? Sí No

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones anteriores o de sus apartados, amplíe información:

Núm de pregunta

15. ¿Fuma o ha fumado cigarrillos en los últimos 2 años? Sí No
En caso afirmativo, indique: Nº de Cigarrillos por día: Nº de años que fuma o fumaba:
16. ¿Se encuentra Ud. en buen estado de salud? Sí No
17. En caso de asegurar a sus hijos por la garantía de Diagnóstico de Enfermedad Grave ¿Se encuentran todos en perfecto estado de salud? ¿Hubiera podido contestar que NO a todas las preguntas de salud anteriores para cada uno de ellos? Sí No

A efectos de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el tomador/asegurado declaran conocer y consienten expresamente:

- Que los datos personales que constan en la presente solicitud de seguro, así como los que se puedan generar en caso de siniestro sean incorporados a, y tratados en los ficheros de Banco Vitalicio de España, Cía Anónima de Seguros y Reaseguros con la finalidad de ejecutar el contrato de seguro y cumplir las obligaciones que nacen de él.
Estos datos personales son de obligado suministro al ser necesarios para la valoración del riesgo y el mantenimiento y ejecución del contrato.
- Que dichos datos, siempre que sean adecuados y pertinentes a la finalidad que más adelante se cita, sean cedidos a las siguientes entidades responsables del tratamiento: compañías coaseguradoras y reaseguradoras, para cumplir las relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; y a las siguientes entidades encargadas del tratamiento: (a) Grupo Generali España A.I.E, entidad domiciliada en la calle Orense número 2 de Madrid, para que tramite, gestione y liquide los siniestros, actividades que constituyen su propio objeto social, (b) los arrendadores de los servicios contratados en la presente póliza, para prestar aquéllos que exija el cumplimiento del contrato de seguro, (c) las compañías especializadas en la gestión de cobro de los recibos de prima con esa finalidad, considerándose informados de estas cesiones en virtud de la presente cláusula.
- Que los datos de salud del tomador/asegurado sean comunicados entre el asegurador y los centros sanitarios, hospitales y médicos, relevándoles de su obligación de secreto profesional, siempre que aquellos datos sean necesarios para valorar el riesgo y celebrar el contrato y para cumplir las obligaciones que nacen de él.
- Que, salvo indicación en contrario, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio sean también tratados para segmentar y realizar perfiles de los clientes, con la finalidad de promover acciones comerciales, incluso de venta cruzada, e incluso mediante la cesión de la información resultante de estos procesos informáticos a sus mediadores de seguros, y de remitir el propio asegurador o terceros por su cuenta, cualesquiera informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios bancarios y financieros y productos de seguros propios o de terceros.

Los titulares de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social del asegurador, situado en el Paseo de Gracia número 11 de Barcelona y, en su caso, en el domicilio de las entidades coaseguradoras y reaseguradoras.

En _____, a _____ de _____ de _____



Importante: Deben cumplimentarse sólo en caso de precisar el Seguro Temporal de Vida Reconocimiento Médico.

Compañía Aseguradora: Banco Vitalicio de España, Compañía Anónima de Seguros y Reaseguros

Ruego realicen el grupo de pruebas médicas señalado, con cargo a **Vitalicio Seguros**

Nombre y Apellidos

(persona a asegurar)

Teléfono

Teléfono móvil

Población

Provincia

Reconocimiento Médico:

- C**
- Cumplimentación del formulario RVG 059 por el médico reconecedor
 - Orina: perfil y sedimento
 - Electrocardiograma en reposo a 12 derivaciones
 - Análisis de sangre: Hemograma, V.S.G., glucosa, creatinina, colesterol (HDL - LDL), triglicéridos, ácido úrico, transaminasas (gamma GT - GPT - GOT) y serología HIV^(*) (test de Elisa)

Es necesario presentarse a las pruebas en ayunas

- D**
- Cumplimentación del formulario RVG 059 por el médico reconecedor
 - Orina: perfil y sedimento
 - Ergometría o prueba de esfuerzo (*es conveniente llevar zapatillas deportivas y vestimenta informal*)
 - Análisis de sangre: Hemograma, V.S.G., glucosa, creatinina, colesterol (HDL - LDL), triglicéridos, ácido úrico, transaminasas (gamma GT - GPT - GOT) y serología HIV^(*) (test de Elisa), marcadores de la hepatitis B (HBsAg y HBeAg) y de la hepatitis C (Ac anti VHC) y C.E.A.

- Otras pruebas adicionales:

Es necesario presentarse a las pruebas en ayunas

El Reconocimiento Médico forma parte de la póliza y queda en poder de la Compañía. Solamente se comunicará el resultado previa solicitud de la persona sometida a reconocimiento.

Teléfono de contacto de Europ Assistance 902 110 253

Sucursal

Agente productor

Código

^(*) Prueba del SIDA

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y demás disposiciones concordantes y complementarias de aplicación, las personas a asegurar autorizan expresamente a cualquier médico o centro hospitalario que les hubieran asistido o reconocido, a proporcionar confidencialmente a la Compañía aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener, o de los que hubieran tenido conocimiento al prestar sus servicios, para que la Compañía aseguradora los trate con la finalidad de evaluar el riesgo y, en su caso, aceptar o rechazar la solicitud, emitir la póliza, tramitar el siniestro y pagar, si procediera, la indemnización.

También prestan el consentimiento expreso para que Europ Assistance Servicios, S.A., acceda a sus datos personales con la única finalidad de gestionar los trámites previos a, y necesarios para la contratación de la póliza y, con este exclusivo fin, acceda a los datos de salud resultantes del reconocimiento médico para transmitirlos a la compañía de seguros.

Además se pone en conocimiento de los interesados quienes expresamente consienten:

- Que, si la póliza fuera emitida, los datos de carácter personal que constan en este documento, así como los que puedan generarse en caso de siniestro, incluidos los de salud, serán incorporados y tratados en los ficheros automatizados de que es titular Banco Vitalicio de España C.A de Seguros y Reaseguros, compañía destinataria de los mismos.
- Que los datos personales y de salud que se recogen en este documento son de obligado suministro al ser indispensables para la valoración del riesgo y la compañía de seguros pueda decidir sobre la aceptación del contrato. Si se emitiera la póliza y se celebrase el contrato, y siempre que los datos sean adecuados y pertinentes a las finalidades que más adelante se citan, sean cedidos a las siguientes entidades: (a) las compañías coaseguradoras y reaseguradoras, para cumplir sus relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; (b) los arrendadores de los servicios contratados en la presente póliza, para prestar aquéllos que exija el cumplimiento del contrato de seguro; (c) las compañías especializadas en la gestión de cobro de los recibos de prima con esa finalidad; considerándose informados de estas cesiones en virtud de la presente cláusula.
- Que en el caso de que la póliza se emitiera y se perfeccionara el contrato de seguro, y salvo siempre su indicación en contrario notificada a la Compañía aseguradora, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio sean también tratados para segmentar y realizar perfiles de los clientes, con la finalidad de promover acciones comerciales, incluso de venta cruzada, e incluso mediante la cesión de la información resultante de estos procesos informáticos a sus mediadores de seguros, y de remitir el propio asegurador o terceros por su cuenta, cualesquiera informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios financieros y productos de seguros propios o de terceros.
- Que los titulares de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social de Banco Vitalicio C.A. de Seguros y Reaseguros situado en el Paseo de Gracia nº 11 (Barcelona).

En

Firma del Mediador o de la Compañía

Firma de la persona a reconocer

(Conforme acepta le sean practicadas las pruebas arriba mencionadas)