

Zurich Vida Complet



ZURICH

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 <input type="text"/>	Duración <input type="text"/> Años	Forma de pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Opción <input type="checkbox"/>	Edad de entrada <input type="text"/>
Mediador productor <input type="text"/>					

Datos del Tomador (Cumplimentar si es distinto del Asegurado)

Apellidos y nombre

Domicilio N.º Accesorios

Código postal Población Teléfono

N.I.F./C.I.F. E-mail Persona física F Persona extranjera E Entidad jurídica J

Datos del Asegurado

Apellidos y nombre

Domicilio N.º Accesorios

Código postal Población Teléfono

Fecha nacimiento Sexo M V Estado Civil N.I.F.

Actividad profesional que realiza Deporte practicado

Domiciliación Bancaria

Entidad Sucursal Dígitos control Cuenta corriente/ Libreta

Beneficiarios

En caso de fallecimiento del Asegurado

En caso de incapacidad y/o enfermedad grave del Asegurado

Otros datos del seguro

	Capitales	Primas
Garantía principal		
Fallecimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Garantías complementarias		
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fallecimiento por accidente circulación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad permanente y absoluta	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad por accidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Incapacidad por accidente circulación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anticipo capital fallecimiento por enfermedad grave	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prima total recibo	<input type="text"/>

Evolución 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 Anual Trimestral
Amortización: Semestral Mensual

¿Tiene usted otros seguros de riesgo contratados con esta compañía? Sí No

Certificado de garantía de devolución de Zurich Vida: A partir de la recepción de mi contrato dispondré de 15 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.

Declaración de salud del Solicitante. Para capitales de hasta 120.000 Euros

Responder SI o NO a las siguientes preguntas	En caso de respuesta afirmativa cumplimentar 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? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Tipo de lesión o enfermedad? <input type="text"/>
	¿Secuelas? <input type="text"/>
¿Se encuentra actualmente incapacitado para el ejercicio de su profesión habitual o inválido o en situación de incapacidad temporal? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Por qué motivo? <input type="text"/>
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) <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Cuándo? <input type="text"/>
	¿Por qué? <input type="text"/>
¿Es Ud. fumador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nº Cigarrillos/día <input type="text"/>	
Talla <input type="text"/> cms. Peso <input type="text"/> kgs. Presión arterial: <input type="text"/> máxima <input type="text"/> mínima	

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

Declaración de salud del Solicitante. Para capitales superiores a 120.000 Euros

Responder SI o NO a las siguientes preguntas	En caso de respuesta afirmativa cumplimentar las siguientes preguntas	
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del aparato digestivo o respiratorio..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna afección de las cuerdas vocales? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna afección cardíaca o del aparato circulatorio?..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Toma habitualmente alguna medicación? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Para qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad renal o de las vías urinarias? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Tiene azúcar en la sangre (diabetes) o padece de anemia? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Tratamiento? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la vista? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
Si usa gafas o lentillas, indicar:	Causa <input type="text"/>	Graduación O.D. <input type="text"/> O.I. <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de los oídos?..... <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece algún tipo de enfermedad reumática o de la columna vertebral? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la piel? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad psíquica o del sistema nervioso? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
Mujeres: ¿Ha consultado algún ginecólogo? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Motivo de la consulta <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>

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, de cumplimentación voluntaria aunque necesaria para la oferta y perfección del contrato de seguro, se incluirán en ficheros cuya finalidad es el ofrecimiento de productos o servicios por parte de las entidades Zurich España, 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 España, 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 de 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

Extracto de las condiciones generales de la póliza

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, del 8 de octubre de Contrato de Seguro, también por lo previsto en el Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y por el Real Decreto 297/2004, de 20 de febrero, por el que se modifica el Reglamento que la desarrolla, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de dicho Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos como parte adicional a las Condiciones Particulares. No requieren dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

Protección del Asegurado: Sin perjuicio de la capacidad de las partes de ejercitar sus acciones sobre los órganos jurisdiccionales del domicilio del Tomador, si el conflicto se suscita entre éste y el Asegurador, las partes podrán someter cualquier controversia que pudiera suscitarse: a) Al Servicio de Atención al Cliente, o al Defensor del Cliente sitos en la calle Orense nº 69 de Madrid y en la calle Conde de Aranda nº 15 respectivamente, quienes atenderán y resolverán dentro de sus competencias las reclamaciones y, en su caso, las quejas formuladas por los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios y derechohabientes de unos y otros, en los términos y condiciones contenidos en el Reglamento para la Defensa del Cliente de Zurich Vida, Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A, Sociedad Unipersonal. El SAC y el DC disponen del plazo de dos meses a contar desde la presentación de la queja o reclamación, para emitir un pronunciamiento, transcurrido el plazo citado sin que se haya dictado su resolución o en caso de disconformidad con el pronunciamiento dictado, el reclamante podrá acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones; b) al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, adscrito a la Dirección General de Seguros, Paseo de la Castellana nº 44 de Madrid. Para ello, será imprescindible agotar la vía del Servicio de Atención al Cliente o del Defensor del Cliente.

El Estado al que corresponde el control de la actividad aseguradora es España y la autoridad, órgano de control, es la Dirección General de Seguros y Pensiones.

Usted: Es el Tomador del Seguro, la persona física que ha solicitado y suscrito el Contrato con Nosotros. Usted asume las obligaciones derivadas del Contrato.

Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se concierne el Seguro. Normalmente será Usted mismo, aunque, como Tomador, puede designar otra persona como Asegurado en el momento de la contratación del Seguro.

Beneficiario: Es la persona física o la persona jurídica, titular del derecho o de la indemnización y será Usted mismo o quien Usted designe.

Nosotros: Somos Zurich Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Sociedad Unipersonal, con C.I.F. A-08168213 y domicilio social en Madrid, Calle Santa Leonor, 57, con vuelta a Calle Julián Camarillo, 29, que asume el riesgo contractualmente pactado.

Edad actuarial: Es la edad que sirve de base para el cálculo de su Prima de Seguro. Ésta es su edad actual o, si han transcurrido más de seis meses entre su último cumpleaños y la fecha de efecto de su Póliza, se le sumará un año más a su edad actual.

Objeto del Seguro:

Por el presente Contrato, Nosotros nos obligamos a pagar al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares:

- A) En caso de Fallecimiento del Asegurado: El capital garantizado indicado en las Condiciones Particulares. Si el Fallecimiento fuera por Accidente y tuviera contratada esta garantía, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Si fuera por Accidente de Circulación, y para ello debe haber contratado la garantía de Fallecimiento por Accidente, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Asimismo, en caso de haber contratado la garantía de Fallecimiento por Accidente de Circulación, y si en el mismo accidente falleciera el Asegurado y su cónyuge o pareja de hecho existiendo en ese momento hijos comunes menores de 18 años o mayores incapacitados legalmente, se duplicaría la prestación garantizada por esta garantía que les pudiera corresponder como Beneficiarios con un límite máximo entre todos los beneficiarios de 200.000.-euros.
- B) En caso de Vida del Asegurado: En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado y siempre que se tuviera contratada esta garantía, pagaremos el capital garantizado indicado en las Condiciones Particulares. Si la Incapacidad fuera por Accidente y tuviera contratada esta garantía, y para ello debe haber contratado la Incapacidad Permanente y Absoluta, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Si fuera por Accidente de Circulación, y tuviera contratada esta garantía, y para ello debe haber contratado la de Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. En caso de diagnóstico de Enfermedad Grave con las condiciones establecidas en las Condiciones Especiales de esta garantía y siempre que se tuviera contratada pagaremos el capital garantizado en las Condiciones Particulares, o independientemente de las garantías complementarias contratadas, en caso de Enfermedad Terminal tal como figura definido en las Condiciones Especiales del Seguro Principal, se anticiparía el capital garantizado para la garantía de fallecimiento hasta un máximo de 480.000.- euros.

A y B son excluyentes entre sí, por lo que, una vez realizado el pago de una de ellas, la póliza se anulará, excepto en los casos de Diagnóstico de Enfermedad Grave o Enfermedad Terminal en los términos descritos en las Condiciones Especiales de las garantías respectivas, si el capital garantizado es inferior al de Fallecimiento, en cuyo caso la póliza se mantendrá en vigor por el importe de capital garantizado de fallecimiento no anticipado.

Jurisdicción: Si cualquiera de las partes contratantes, o ambas, decidieran ejercitar sus acciones ante los Órganos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, siempre que éste resida en territorio español. Dicho Juez será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este Contrato de Seguro.

Riesgos excluidos:

- * **Suicidio:** Durante el primer año de vigencia del Contrato no estará cubierta la muerte del Asegurado causada consciente y voluntariamente por él mismo.
- * **Aviación:** Siempre que no vaya como pasajero de líneas regulares comerciales, charter o, en general en aparatos civiles provistos de certificado de vuelo debidamente autorizado.
- * **Causados en conflictos armados, haya precedido o no declaración de guerra.**

Además, quedan excluidos todos los recogidos en el artículo 3 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Incapacidad Permanente y Absoluta, Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente, Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente de Circulación, Fallecimiento por Accidente, Fallecimiento por Accidente de Circulación y en el artículo 4 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Enfermedades Graves.

Declaraciones falsas o inexactas: En caso de falsedad o inexactitud en las declaraciones efectuadas por Usted o el Asegurado que sirvieran como base para que Nosotros aceptásemos el riesgo, se estará a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

Toma de efecto del Seguro: La póliza entra en vigor en la fecha y hora indicada en las Condiciones Particulares siempre y cuando Usted nos haya pagado el correspondiente recibo de Prima.

Pago de la Prima: Es anual y se pagará por anticipado, pudiendo fraccionarse en semestres, trimestres o meses.

Pago de prestaciones: Usted o sus Beneficiarios deberán comunicarnos su derecho a percibir la prestación garantizada por este Contrato dentro de un plazo máximo de siete días a partir del momento de haber conocido tal circunstancia. Para hacer efectivo el cobro del citado importe, deberán presentar en Zurich Vida la relación de documentos recogidos en el artículo 6 de las Condiciones Generales. En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado o Enfermedad Grave, nos remitimos al artículo 2 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Incapacidad Permanente y Absoluta y al artículo 5 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Enfermedades Graves respectivamente. En caso de Enfermedad Terminal, nos remitimos al artículo 1 de las Condiciones Especiales del Seguro Principal.

Una vez recibida la documentación, Nosotros, en el plazo máximo de cinco días pagaremos o consignaremos la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

Impuestos y recargos: En su caso, los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban pagarse por razón de este Seguro, serán a cargo de Usted como Tomador, del Asegurado o del Beneficiario del Contrato.

Fiscalidad: El pago de las prestaciones que puedan derivarse del Contrato, así como las retenciones que proceda efectuar sobre las mismas, estarán sujetas a tributación por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, siempre que no proceda su sujeción al Impuesto de Sucesiones y Donaciones, de conformidad con lo establecido en las Leyes reguladoras de dichos Impuestos y sus normas complementarias.