GENERALI Seguros

# GENERALI Protección Familiar

**Seguro de Decesos y Asistencia Familiar**

**Solicitud de Seguro**

Deberán cumplimentarse, cuidadosamente y a bolígrafo o pluma, y con letra clara, los datos requeridos en esta Solicitud. No efectuar tachaduras ni correcciones.

**Compañía Aseguradora:** Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

☐ De Emisión ☐ De Modificación Póliza Nº

Sucursal Agente Productor Agente de Cobro

## Datos personales del Solicitante:

Nombre y apellidos, o razón social

NIF/CIF Teléfono Plantilla *(en empresas)*

**Persona Física:** Fecha de nacimiento / / Sexo Estado Civil Nº de hijos

Idioma Nacionalidad Excluir publicidad ☐ Sí ☐ No

Domicilio Nº Piso Puerta

Código Postal Población

Provincia País

**Domiciliación Pago Primas:** ☐ Sólo esta Póliza Entidad Bancaria Oficina D.C. Número de Cuenta ☐ Resto Pólizas

Domicilio Fiscal Población C.P.

## Domicilio de residencia habitual de los Asegurados:

☐ El del solicitante

☐ Otro, indicar domicilio Nº Piso Puerta

Código Postal Población

Provincia País

***(Todos los Asegurados deben residir en un mismo domicilio)***

## Efecto del Seguro, Forma de Pago y Modalidad:

Fecha Efecto día mes año 01

**Forma de Pago:** ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

**Modalidad:**[1] ☐ Seminatural **1000000001** ☐ Nivelada **1100000001** ☐ Prima Única **1200000001**

☐ Single Básica **1300000011** ☐ Single Estándar **1300000021** ☐ Single Completa **1300000031** ☐ Single Expatriados **1400000001**

## Garantías *(Comunes a todos los Asegurados):*

☒ **Gestión y Gastos de Sepelio** Capital Asegurado Euros

☐ **Capital Adicional para Gastos de Sepelio** Capital Asegurado Euros

☒ **Asistencia por Fallecimiento:**
- **Traslado Nacional e Internacional**
- **Servicios Especiales**
- **Gestión del Final de la Vida Digital**
- **Libre elección de cementerio**
- **Gestión del duelo**
- **Gastos Médicos - Legales**
- **Servicio de Gestoría**

☐ **Asistencia Familiar:**
- **Asistencia en Viaje**
- **Segunda Opinión Médica**
- **Servicios de ayuda a domicilio**
- **Servicios orientación telefónica** *(Médica, Psicológica, Jurídica y Social)*
- **Teleasistencia**
- **Acceso a Servicios Médicos y Dentales**

## Asegurados y Garantías Opcionales:

**1.** El Solicitante, ¿Se incluye como Asegurado? ☐ Sí ☐ No ¿Proviene de otra Entidad? ☐ [2]Sí ☐ No

***(En caso negativo, el siguiente Asegurado ostentará la titularidad)***

☐ **Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente**

Capital Asegurado por Fallecimiento Euros Capital Asegurado por Invalidez Euros

***(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)*** ***(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)***

☐ **Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente** Subsidio Diario Euros

***Periodo de indemnización: 120 días*** ***(Mín. 10 Euros / Máx. 50 Euros)***

☐ **Garantía de Asistencia Pedagógica. Educasa**

☐ **Garantía de Repatriación para extranjeros residentes en España** **País:**

**Beneficiario:** ☐ El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y herederos legales

☐ Designación expresa:

[1] *Las garantías y capitales contratadas para la modalidad **Single**, vienen predeterminados según la opción de contratación elegida.*

[2] *En caso de respuesta afirmativa, aportar documentación acreditativa al objeto de optar a la derogación de los plazos de carencia.*

GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, Domicilio Social: c/. Orense, núm. 2, 28020 Madrid, C.I.F.: A28007268, Registro Mercantil de Madrid, Tomo 3.175, Libro 0, Folio 125, Hoja M 54.202.

**2.** Nombre Sexo Fecha de nacimiento

N.I.F. Parentesco ¿Proviene de otra Entidad? ☐ [2]Sí ☐ No

☐ **Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente**

Capital Asegurado por Fallecimiento Euros Capital Asegurado por Invalidez Euros

*(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)* *(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)*

☐ **Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente** Subsidio Diario Euros

*Periodo de indemnización: 120 días* *(Mín. 10 Euros / Máx. 50 Euros)*

☐ **Garantía de Asistencia Pedagógica. Educasa**

☐ **Garantía de Repatriación para extranjeros residentes en España** **País:**

**Beneficiario:** ☐ El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y herederos legales

☐ Designación expresa:

**3.** Nombre Sexo Fecha de nacimiento

N.I.F. Parentesco ¿Proviene de otra Entidad? ☐ [2]Sí ☐ No

☐ **Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente**

Capital Asegurado por Fallecimiento Euros Capital Asegurado por Invalidez Euros

*(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)* *(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)*

☐ **Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente** Subsidio Diario Euros

*Periodo de indemnización: 120 días* *(Mín. 10 Euros / Máx. 50 Euros)*

☐ **Garantía de Asistencia Pedagógica. Educasa**

☐ **Garantía de Repatriación para extranjeros residentes en España** **País:**

**Beneficiario:** ☐ El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y herederos legales

☐ Designación expresa:

**4.** Nombre Sexo Fecha de nacimiento

N.I.F. Parentesco ¿Proviene de otra Entidad? ☐ [2]Sí ☐ No

☐ **Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente**

Capital Asegurado por Fallecimiento Euros Capital Asegurado por Invalidez Euros

*(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)* *(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)*

☐ **Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente** Subsidio Diario Euros

*Periodo de indemnización: 120 días* *(Mín. 10 Euros / Máx. 50 Euros)*

☐ **Garantía de Asistencia Pedagógica. Educasa**

☐ **Garantía de Repatriación para extranjeros residentes en España** **País:**

**Beneficiario:** ☐ El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y herederos legales

☐ Designación expresa:

**5.** Nombre Sexo Fecha de nacimiento

N.I.F. Parentesco ¿Proviene de otra Entidad? ☐ [2]Sí ☐ No

☐ **Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente**

Capital Asegurado por Fallecimiento Euros Capital Asegurado por Invalidez Euros

*(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)* *(Mín. 3.000 Euros / Máx. 30.000 Euros)*

☐ **Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente** Subsidio Diario Euros

*Periodo de indemnización: 120 días* *(Mín. 10 Euros / Máx. 50 Euros)*

☐ **Garantía de Asistencia Pedagógica. Educasa**

☐ **Garantía de Repatriación para extranjeros residentes en España** **País:**

**Beneficiario:** ☐ El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y herederos legales

☐ Designación expresa:

*[2]En caso de respuesta afirmativa, aportar documentación acreditativa al objeto de optar a la derogación de los plazos de carencia.*

## Cuestionario de Salud de los Asegurados:

A continuación se formulan una serie de cuestiones acerca del estado de salud de los Asegurados, debiendo contestarse cada una de ellas con un sí o con un no, y, en caso de respuesta afirmativa, deberá indicarse, enfermedad, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación de que se trate, fecha de los mismos y situación actual.

Este cuestionario debe contestarse fidedignamente ya que la inexactitud o deficiencia de la información facilitada puede ocasionar el rechazo del pago de la prestación.

**1.** ¿Alguno de los Asegurados ha sufrido o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? _____ ☐ Sí ☐ No

**2.** ¿Alguno de los Asegurados ha estado hospitalizado en los doce últimos meses? _____ ☐ Sí ☐ No

**3.** ¿Alguno de los Asegurados en los últimos años ha sido sometido a exámenes especiales de diagnóstico tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografias, scanner o TAC, doppler, resonancia magnética, etc.? _____ ☐ Sí ☐ No

**4.** ¿Alguno de los Asegurados sufre o han sufrido enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico, SIDA? ☐ Sí ☐ No

**5.** ¿Alguno de los Asegurados padece o ha padecido cualquier otra enfermedad o accidente no mencionado? ____ ☐ Sí ☐ No

## Aclaraciones del Cuestionario de Salud

| Nombre y apellidos del Asegurado | Núm. Pregunta | Descripción |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## Observaciones de la Póliza:

_____

_____

_____

_____

_____

## Orden de Domiciliación Bancaria:

Muy Sres. míos: Autorizo a Ustedes para que, a partir de esta fecha, hagan efectivo y con cargo a la Cuenta indicada, el importe de los recibos que les pase al cobro la Compañía **Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**, para:

☐ Este seguro ☐ Todas mis pólizas

**Código Cuenta Cliente:** Entidad Bancaria | Oficina | D.C. | Número de Cuenta

Titular Cuenta N.I.F.

Banco/Caja

Agencia

Domicilio CP

Población

_____, a de de

*(Firma del Titular de la Cuenta)*

GENERALI Seguros

| (*)Referencias a domiciliar | | |
|---|---|---|
| *Cía.* | *Ramo* | *Número de póliza* |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*(*)A cumplimentar por la Compañía*

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario de salud y que no han ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedan informados de las consecuencias previstas en el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de inexactitud de los datos suministrados.

A efectos de lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante del seguro declara conocer y consiente expresamente:

1.- Que los datos personales que constan en la presente solicitud, y en caso de que se celebre el contrato de seguro los que se puedan generar en caso de siniestro, incluso los de salud que fueran necesarios para su tramitación, sean incorporados a, y tratados en los ficheros de Generali España Sociedad 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.

2.- Que dichos datos, si la póliza se emite y se celebra el contrato de seguro y siempre que sean adecuados y pertinentes a la finalidad que más adelante se cita, sean cedidos a las siguientes entidades encargadas del tratamiento: (a) las compañías coaseguradoras y reaseguradotas, para cumplir relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; (b) 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; (c) los arrendadores de los servicios contratados en la presente póliza, para prestar aquéllos que exija el cumplimiento del contrato de seguro; (d) 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.

3.- Que, salvo siempre su indicación en contrario, si la póliza se emite y se celebra el contrato de seguro, 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, revocación y oposición en el domicilio social del asegurador, situado en calle Orense núm. 2 de Madrid.

El Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por el Real decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre.

El Tomador de Seguro, Asegurados y Beneficiarios podrán formular las reclamaciones al **Departamento de Atención al Cliente** de la Compañía, mediante escrito dirigido a la Aseguradora en el que se expondrá el motivo de la queja.

El Tomador de Seguro, Asegurados y Beneficiarios podrán someter sus divergencias al **Sistema Arbitral de Consumo** al que se refiere el artículo 31 de la Ley 26/1984, de 19 de Julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y por el R.D. 6536/1993, de 3 de Mayo, por el que se regula el Sistema Arbitral de Consumo, en los términos contenidos en la Oferta Pública de sometimiento al Sistema Arbitral de Consumo presentado por la Compañía.

El Tomador de seguro, Asegurado, Beneficiario o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán formular reclamaciones **Ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**, como órgano de Control de la Actividad aseguradora, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda en orden a la defensa de los derechos derivados del Contrato de Seguro.

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán **por los jueces y tribunales competentes.**

Asimismo los abajo firmantes reconocen que el Asegurador no contrae ninguna obligación en virtud a la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación o rechazo total o parcial de la misma.

En _____, a _____ de _____ de _____

*El Mediador* *El Solicitante y Asegurados*

GENERALI Seguros