

# PREVENTIVA AFÍN.2

## ASISTENCIA FAMILIAR INTEGRAL

### SOLICITUD DE SEGURO

MOD. S420215

**PREVENTIVA,**  
Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.  
Arminza, 2 - 28023 Madrid  
Tel.: 91 710 25 10 - Fax.: 91 710 26 56  
C.I.F.: A-28027332  
www.preventiva.com

#### DATOS BÁSICOS Y COMUNES A TODOS LOS SEGUROS Y GARANTÍAS

|                       |                                  |                                                                                                                                                                                             |        |               |                                                                                                                           |          |           |                                               |
|-----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------------------------------------------|
| PRODUCTO<br><b>42</b> | Nº DE PÓLIZA                     | UNIDAD ADMITIVA.                                                                                                                                                                            | CÓDIGO | GESTOR        | CAPTADOR                                                                                                                  | COBRADOR | INSPECTOR | PÓLIZA NUEVA<br>SUPLEMENTO<br>SUSTITUYE A     |
| FECHA DE EFECTO       | DURACIÓN<br>ANUAL<br>PRORROGABLE | FORMA DE PAGO - Marcar una X en la opción deseada<br>ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> |        |               | Si <b>NO</b> desea revalorización anual en las garantías de ProTGT y PreveHogar, marque <b>X</b> <input type="checkbox"/> |          |           | Emitir 1º Recibo Físico ?<br>Conteste SÍ ó NO |
| TOMADOR DEL SEGURO    |                                  | FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                         |        | D.N.I./C.I.F. |                                                                                                                           | TELÉFONO |           |                                               |
| DOMICILIO TOMADOR     |                                  | LOCALIDAD                                                                                                                                                                                   |        | PROVINCIA     |                                                                                                                           | C.P.     |           |                                               |
| E-MAIL                |                                  |                                                                                                                                                                                             |        |               |                                                                                                                           |          |           |                                               |

#### ASEGURADOS ATENCIÓN - El nº asignado a cada Asegurado (NUM ORD) deberá respetarse en toda la solicitud

| Nº OR | ASEGURADO | SEXO | FECHA DE NACIMIENTO | D.N.I. | ¿Contrata?   |
|-------|-----------|------|---------------------|--------|--------------|
|       |           |      |                     |        | Vida Acctes. |
| 1     |           |      |                     |        |              |
| 2     |           |      |                     |        |              |
| 3     |           |      |                     |        |              |
| 4     |           |      |                     |        |              |
| 5     |           |      |                     |        |              |
| 6     |           |      |                     |        |              |

#### SEGURO DE DECESOS - Protección Familiar

|                        |                 |   |                                   |        |
|------------------------|-----------------|---|-----------------------------------|--------|
| CATEG. SERVICIO        | VALOR ASEGURADO | € | <b>SÍ</b> TRASLADO COMPLETO       | PRIMA  |
|                        |                 |   | Prima hasta 2 Asegurados          | 16,80  |
|                        |                 |   | Aseg. Adicionales 2,40 x =        |        |
|                        |                 |   | PRIMA ANUAL TRASLADO COMPLETO     |        |
|                        |                 |   | <b>SÍ</b> ASISTENCIA              | 2,40   |
|                        |                 |   | ASISTENCIA RESIDENTES EXTRANJERO  | 96,00  |
|                        |                 |   | TRASLADO EXTRANJ. RESIDEN. ESPAÑA | 120,00 |
|                        |                 |   | RESPONSABILIDAD CIVIL FAMILIAR    |        |
|                        |                 |   | Suma Aseg.                        | Prima  |
| PRIMA SERVICIO DECESOS |                 |   | PRIMA RESTO GARANTÍAS             |        |

\*1=Nivelada 2=Natural 3=Mixta

#### OTROS SEGUROS Y ASISTENCIAS

| PRIVACIÓN DEL PERMISO DE CONDUCIR |              |                     |      |                                  |             | GARANTÍA                                |  | PRIMA/AÑO |
|-----------------------------------|--------------|---------------------|------|----------------------------------|-------------|-----------------------------------------|--|-----------|
| NUM ORD                           | Tarifa A-B-C | INDEMNIZAC. MENSUAL | TASA | FECHA DEL PERMISO DE CIRCULACIÓN | PRIMA ANUAL |                                         |  |           |
|                                   |              |                     |      |                                  |             | ASISTENCIA AL EMPLEO                    |  | 3,60 €    |
|                                   |              |                     |      |                                  |             | ASISTENCIA MÉDICA Y PROTECCIÓN FAMILIAR |  | 18,00 €   |
|                                   |              |                     |      |                                  |             | PROTECCIÓN DE PAGOS                     |  | 6,00 €    |
|                                   |              |                     |      |                                  |             | SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA                  |  | 3,60 €    |
|                                   |              |                     |      |                                  |             | CURSOS PÉRDIDA PUNTOS CARNET CONDUCIR   |  | 3,60 €    |
|                                   |              |                     |      |                                  |             | GESTIÓN DE SERVICIOS JURÍDICOS          |  | 11,28 €   |
|                                   |              |                     |      |                                  |             | ASISTENCIA INFORMÁTICA                  |  | 4,50 €    |

#### HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (Sí ó No)

Todos los asegurados hasta 70 años  
Asegurados nº x Tasa 0,60 x Indemniz. diaria = PRIMA

#### PARTO Y CESÁREA (Sí ó No)

Todas las aseguradas entre 16 y 50 años.  
Aseguradas nº x Tasa 0,04 x Indemnización = PRIMA

| PRIMA NETA ANUAL | DECESOS | RESTO GARANTÍAS | OTROS SEG. | PREVEHOGAR | HOSPITALIZAC. | PARTO | VIDA | ACCIDENTES | TOTAL |
|------------------|---------|-----------------|------------|------------|---------------|-------|------|------------|-------|
|                  |         |                 |            |            |               |       |      |            |       |

EL TOMADOR DEL SEGURO,

En ..... a ..... de ..... de 20.....

## CUESTIONARIO DE SALUD DE PREVENTIVA AFIN.2

Los datos contenidos en este documento forman parte integrante de la solicitud de fecha   /  /  

| PRODUCTO  | Nº DE PÓLIZA | TOMADOR DEL SEGURO |
|-----------|--------------|--------------------|
| <b>42</b> |              |                    |

### ASEGURADO 1 - NOMBRE:

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez?  
(Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc.....)
- ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?
- ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

| SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ASEGURADO 2 - NOMBRE:

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez?  
(Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc.....)
- ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?
- ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

| SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ASEGURADO 3 - NOMBRE:

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez?  
(Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc.....)
- ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?
- ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

| SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ASEGURADO 4 - NOMBRE:

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez?  
(Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc.....)
- ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?
- ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

| SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ASEGURADO 5 - NOMBRE:

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez?  
(Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc.....)
- ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?
- ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

| SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### ASEGURADO 6 - NOMBRE:

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, alguna enfermedad grave o varias enfermedades a la vez?  
(Como: cáncer, tumores, SIDA, leucemias, linfomas, cardiopatías, cirrosis, etc.....)
- ¿Consume o ha consumido alguna droga o estupefaciente?
- ¿Tiene alguna secuela grave derivada de accidente?

| SI                       | NO                       |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si se ha respondido afirmativamente alguna de las preguntas, describáse detalladamente, indicando el número de asegurado

El Tomador del Seguro, los Asegurados, y todos si se trata de personas distintas:

1. Reconocen que todas las declaraciones son veraces, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y la fijación de la prima.
2. Quedan informados de que los datos recogidos en la presente solicitud son necesarios para la valoración del riesgo así como para la formalización del contrato y para el mantenimiento de la relación contractual.

Prestan su consentimiento a que sus datos de carácter personal se incluyan en el fichero automatizado responsabilidad de PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., para los fines propios del contrato del seguro, y aceptan que dichos datos puedan ser cedidos, para dicha finalidad, a otras entidades del Grupo Preventiva y a otras personas físicas y jurídicas con las que dichas entidades concluyan acuerdos de colaboración.

También declaran conocer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, que podrán ejercitar por escrito frente al responsable del fichero.

3. Autorizan el envío de información sobre cualquier otro producto o servicio que PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., o empresas de su grupo comercialicen, y consideren de interés para el solicitante. Si **NO** se desea el envío de dicha información, marque una X en el siguiente recuadro. ☐

4. Declaran haber recibido en la fecha de la solicitud y antes de su firma, la nota informativa del seguro con la información que indica la legislación actual.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

EL TOMADOR DEL SEGURO,

LOS ASEGURADOS,

Los datos contenidos en este documento forman parte integrante de la solicitud de fecha   /  /  

|           |              |                    |
|-----------|--------------|--------------------|
| PRODUCTO  | Nº DE PÓLIZA | TOMADOR DEL SEGURO |
| <b>42</b> |              |                    |

#### DATOS DEL ASEGURADO

|                     |                                  |                               |                                                                                           |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| NÚM. ORD            | NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO | D.N.I.                        | TELÉFONO                                                                                  |
| DOMICILIO ASEGURADO | LOCALIDAD                        | PROVINCIA                     | C.P.                                                                                      |
| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO                             | PROFESIÓN                     |                                                                                           |
| ESTATURA (cms.)     | PESO (Kgs.)                      | TENSIÓN ARTERIAL<br>Max. Mín. | TIPO Y CANTIDAD DIARIA DE ALCOHOL CONSUMIDO<br>TIPO Y CANTIDAD DIARIA DE TABACO CONSUMIDO |

#### SEGURO DE VIDA Plan de Previsión Personal

|                     |                                                                                                          |                                                                                             |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPITAL ASEGURADO   | €                                                                                                        | ENFERMEDADES GRAVES                                                                         |
| Garantías Cubiertas | FALLECIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA <input type="checkbox"/> | Si ó No <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> |

|                                                                             |                   |                                 |           |         |          |                     |            |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-----------|---------|----------|---------------------|------------|---------------------|
| BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE (Marcar una X delante de la opción deseada) | CÓNYUGE E HIJOS * | CÓNYUGE Y EN SU DEFECTO HIJOS * | CÓNYUGE * | HIJOS * | PADRES * | PADRES Y HERMANOS * | HERMANOS * | HEREDEROS LEGALES * |
|                                                                             | *DEL ASEGURADO    |                                 |           |         |          |                     |            |                     |
|                                                                             | OTROS (Indicar):  |                                 |           |         |          |                     |            |                     |

#### DECLARACIONES DEL ASEGURADO - CONTESTE SI o NO

|     |                                                                                                                                                                             |     |                                                                                                                                    |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| V1  | ¿Consume ó ha consumido estupefacientes?                                                                                                                                    | V11 | ¿Sufre o ha sufrido enfermedades de la sangre como anemia, leucemia, etc.?                                                         |
| V2  | ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?                                                                                                                                  | V12 | ¿Padece o ha padecido úlceras, tumores, cáncer?                                                                                    |
| V3  | ¿Está sometido a algún tratamiento ó le han recomendado alguna prueba médica?                                                                                               | V13 | ¿Tiene dolencias de la vista, oído o garganta?                                                                                     |
| V4  | ¿Hay o ha habido en su familia algún enfermo de corazón, diabetes, epilepsia, demencia, hemofilia, tuberculosis u otras enfermedades de carácter infeccioso o hereditario?  | V14 | ¿Padece o ha padecido perturbaciones funcionales o de las glándulas: diabetes, gota, bocio, etc.?                                  |
| V5  | ¿Le han recomendado no donar sangre?                                                                                                                                        | V15 | ¿Tiene alguna afección del cerebro o del sistema nervioso como vértigo, desvanecimientos, epilepsia, parálisis, depresiones, etc.? |
| V6  | ¿Sufre o ha sufrido síntomas de pleuresía, pulmonía, asma, bronquitis, tuberculosis u otras enfermedades del aparato respiratorio?                                          | V16 | ¿Tiene el colesterol elevado?                                                                                                      |
| V7  | ¿Sufre o ha sufrido síntomas de afecciones cardíacas, ahogos, palpitaciones, tensión arterial alta o baja?                                                                  | V17 | ¿Ha recibido transfusiones de sangre en los últimos 5 años?                                                                        |
| V8  | ¿Sufre o ha sufrido afecciones del aparato digestivo tales como ictericia o en sus órganos tales como: estómago, intestino, bazo, hígado o vesícula biliar, páncreas, etc.? | V18 | ¿Ha perdido más de 5 Kgs. de peso en los últimos 5 años?                                                                           |
| V9  | ¿Sufre o ha sufrido afecciones urinarias o de los órganos genitales: riñones, vejiga, próstata, sangre en la orina, cálculos, etc.?                                         | V19 | ¿Ha estado de baja más de 3 meses en los últimos 5 años?                                                                           |
| V10 | ¿Sufre o ha sufrido enfermedades infecciosas como escarlatina, difteria, hepatitis, infecciones HIV (SIDA), etc.?                                                           | V20 | ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o se ha sometido a alguna intervención quirúrgica?                                       |
|     |                                                                                                                                                                             | V21 | ¿Le han sido rechazados seguros de vida o aceptados en condiciones especiales?                                                     |
|     |                                                                                                                                                                             | V22 | ¿Tiene algún seguro de vida con esta Entidad u otra?                                                                               |
|     |                                                                                                                                                                             | V23 | ¿Practica deportes de riesgo?                                                                                                      |
|     |                                                                                                                                                                             | V24 | ¿Participa en competiciones?                                                                                                       |
|     |                                                                                                                                                                             | V25 | ¿Utiliza motocicleta?                                                                                                              |

Si ha contestado SI a alguna de las 25 preguntas, amplíe información sobre circunstancias, fechas, tratamientos, secuelas, etc.

Otra información de relevancia sobre su estado de salud no recogida anteriormente

El Tomador del Seguro, el Asegurado, y los dos si se trata de personas distintas:

- Reconocen que todas las declaraciones son veraces, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y la fijación de la prima.
- Quedan informados de que los datos recogidos en la presente solicitud son necesarios para la valoración del riesgo así como para la formalización del contrato y para el mantenimiento de la relación contractual.

Prestan su consentimiento a que sus datos de carácter personal se incluyan en el fichero automatizado responsabilidad de PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., para los fines propios del contrato del seguro, y aceptan que dichos datos puedan ser cedidos, para dicha finalidad, a otras entidades del Grupo Preventiva y a otras personas físicas y jurídicas con las que dichas entidades concluyan acuerdos de colaboración.

También declaran conocer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, que podrán ejercitar por escrito frente al responsable del fichero.

En ..... a ..... de ..... de 20.....  
EL TOMADOR DEL SEGURO, EL ASEGURADO,

Los datos contenidos en este documento forman parte integrante de la solicitud de fecha   /  /  

|          |              |                    |
|----------|--------------|--------------------|
| PRODUCTO | Nº DE PÓLIZA | TOMADOR DEL SEGURO |
| 42       |              |                    |

#### DATOS DEL ASEGURADO

|                     |                                  |           |          |
|---------------------|----------------------------------|-----------|----------|
| NUM ORD             | NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO | D.N.I.    | TELÉFONO |
|                     |                                  |           |          |
| DOMICILIO ASEGURADO | LOCALIDAD                        | PROVINCIA | C.P.     |
|                     |                                  |           |          |
| FECHA DE NACIMIENTO | SEXO                             | PROFESIÓN |          |
|                     |                                  |           |          |

#### SEGURO DE ACCIDENTES - ProTGT

|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAPITAL FALLECIMIENTO</b><br>€<br><b>GARANTÍAS CUBIERTAS (Marque una X)</b><br>Fallecimiento por Accidente<br>Fallecimiento Accidente Circulación<br>Fallec. Simultáneo ambos Cónyuges<br>Fall. Infarto ó Accte.Cerebro-Vascular | <b>CAPITAL INVALIDEZ PERMANENTE</b><br>€<br><b>GARANTÍAS CUBIERTAS (Marque una X)</b><br>Invalidez Permanente Accidente<br>Invalidez Pmnte. Accte. Circulación<br>Gran Invalidez<br>Inval. Infarto ó Accte.Cerebro-Vascular | <b>CAPITAL ASISTENCIA SANITARIA</b><br>€<br><b>INDEMNIZACIÓN INCAPAC. TEMPORAL</b><br>€<br>Desde 6º <input type="checkbox"/> 16º <input type="checkbox"/> 31º <input type="checkbox"/> Día |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                             |                   |                                 |           |         |          |                     |            |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-----------|---------|----------|---------------------|------------|---------------------|
| BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE (Marcar una X delante de la opción deseada) | CÓNYUGE E HIJOS * | CÓNYUGE Y EN SU DEFECTO HIJOS * | CÓNYUGE * | HIJOS * | PADRES * | PADRES Y HERMANOS * | HERMANOS * | HEREDEROS LEGALES * |
|                                                                             | * DEL ASEGURADO   |                                 |           |         |          |                     |            |                     |
|                                                                             | OTROS (Indicar):  |                                 |           |         |          |                     |            |                     |

#### DECLARACIONES DEL ASEGURADO - CONTESTE SI o NO

|     |                                                                                      |  |     |                                                 |  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|-------------------------------------------------|--|
| A1  | ¿Trabaja por cuenta propia?                                                          |  | A12 | ¿Practica alpinismo o submarinismo?             |  |
| A2  | ¿Realiza trabajo manual?                                                             |  | A13 | ¿Navega a más de 4 millas de la costa?          |  |
| A3  | ¿Utiliza explosivos?                                                                 |  | A14 | ¿Practica deportes de nieve?                    |  |
| A4  | ¿Es conductor profesional?                                                           |  | A15 | ¿Practica artes marciales?                      |  |
| A5  | ¿Utiliza sierra mecánica?                                                            |  | A16 | ¿Practica hípica, ciclismo o juegos de pelota?  |  |
| A6  | ¿Realiza actividades de carga y descarga?                                            |  | A17 | ¿Practica algún otro deporte?                   |  |
| A7  | ¿Trabaja en obras?                                                                   |  | A18 | ¿Ha sufrido algún accidente?                    |  |
| A8  | ¿Usa fuerza motriz?                                                                  |  | A19 | ¿Padece alguna enfermedad?                      |  |
| A9  | ¿Trabaja con alta tensión?                                                           |  | A20 | ¿Padece alguna invalidez o limitación física?   |  |
| A10 | ¿Conduce ciclomotor o motocicleta?                                                   |  | A21 | ¿Está sometido a tratamiento o medicación?      |  |
| A11 | ¿Es zurdo?                                                                           |  | A22 | ¿Está pendiente de operación u hospitalización? |  |
| A23 | ¿Le han sido rechazados seguros de accidentes o aceptados en condiciones especiales? |  |     |                                                 |  |
| A24 | ¿Tiene algún seguro de accidentes con esta Entidad u otra?                           |  |     |                                                 |  |

Si ha contestado SI a alguna de las 24 preguntas, amplie información sobre circunstancias, fechas, tratamientos, secuelas, etc.

El Tomador del Seguro, el Asegurado, y los dos si se trata de personas distintas:

1. Reconocen que todas las declaraciones son veraces, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y la fijación de la prima.
2. Quedan informados de que los datos recogidos en la presente solicitud son necesarios para la valoración del riesgo así como para la formalización del contrato y para el mantenimiento de la relación contractual.

Prestan su consentimiento a que sus datos de carácter personal se incluyan en el fichero automatizado responsabilidad de PREVENTIVA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., para los fines propios del contrato del seguro, y aceptan que dichos datos puedan ser cedidos, para dicha finalidad, a otras entidades del Grupo Preventiva y a otras personas físicas y jurídicas con las que dichas entidades concluyan acuerdos de colaboración.

También declaran conocer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, que podrán ejercitar por escrito frente al responsable del fichero.

En ..... a ..... de ..... de 20.....  
EL TOMADOR DEL SEGURO, EL ASEGURADO,

Los datos contenidos en este documento forman parte integrante de la solicitud de fecha / /

|          |              |                    |
|----------|--------------|--------------------|
| PRODUCTO | Nº DE PÓLIZA | TOMADOR DEL SEGURO |
| 42       |              |                    |

### SEGURO DE HOGAR PreveHogar

|                                |                                                                      |           |          |                                                                 |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------------------------------------------------------------|
| VIVIENDA                       | HABITUAL <input type="checkbox"/> TEMPORADA <input type="checkbox"/> | Nº de m²  | Valor m² | CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN (Indique Entidad, nº de préstamo, etc.) |
|                                | PISO <input type="checkbox"/> UNIFAMILIAR <input type="checkbox"/>   |           |          |                                                                 |
| SITUACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO | LOCALIDAD                                                            | PROVINCIA | C.P.     |                                                                 |

#### MODALIDAD ELEGIDA y DECLARACIONES

|                                                                                                                                                                                 |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| PreveHogar PRO <input type="checkbox"/> PreveHogar MAX <input type="checkbox"/> PreveHogar LUX <input type="checkbox"/>                                                         |                                                         |
| Construcción                                                                                                                                                                    | Hormigón, cemento y ladrillo                            |
|                                                                                                                                                                                 | Resto (excepto madera)                                  |
| Emplazamiento                                                                                                                                                                   | Dentro de la población                                  |
|                                                                                                                                                                                 | Urbanización                                            |
|                                                                                                                                                                                 | Despoblado                                              |
| Alturas                                                                                                                                                                         | Edificio de planta baja solamente                       |
|                                                                                                                                                                                 | Edif. de planta baja y <input type="checkbox"/> en alto |
| Año de construcción                                                                                                                                                             |                                                         |
| ¿Existen en el edificio o comunicados con él, industrias o comercios susceptibles de agravar el riesgo de incendios? (Fábricas, talleres, almacenes, carpinterías, cines, etc.) | Sí ó No                                                 |
| En caso afirmativo, dígame actividad y volumen que ocupan en relación al edificio .....                                                                                         |                                                         |
| ¿Vivienda deshabitada más de 30 días seguidos? (Sí ó No)                                                                                                                        |                                                         |
| ¿Ha sufrido el Tomador algún siniestro? (Sí ó No)                                                                                                                               |                                                         |
| Indique fecha, Cía e importe                                                                                                                                                    |                                                         |
| ¿Tiene otro seguro que garantice este riesgo? (Sí ó No)                                                                                                                         |                                                         |
| Indique fecha, Cía y capital                                                                                                                                                    |                                                         |
| ¿Vivienda habitual asegurada con PREVENTIVA? (Sí ó No)                                                                                                                          |                                                         |
| ¿Tiene otros seguros con PREVENTIVA? (Sí ó No)                                                                                                                                  |                                                         |
| Indique producto y nº de póliza                                                                                                                                                 |                                                         |

| CONTINENTE                                     | CAPITALES | Tasas       | PRIMA NETA |
|------------------------------------------------|-----------|-------------|------------|
| CONTENIDO                                      |           |             |            |
| Ampliación Resp. Civil                         |           |             | (1)        |
| Vehic./Embarc. en garage                       |           | 1,02 ‰      | (2)        |
| Asistencia Hogar                               | INCLUIDA  | 1,20 €      |            |
| (*) Objetos de valor especial                  |           | 2,00 ‰      |            |
| (*) Joyas en mueble cerrado                    |           | 7,00 ‰      |            |
| Recargo antigüedad vivienda (anterior a 1970)  |           | 10% s/(1)   |            |
| Bonificación Capital Continente mayor 120.000€ |           | 10% s/(1)   |            |
| Recargo por situación y uso de la vivienda     |           | ___ s/(1+2) |            |
| Bonificación medidas protección contra Robo    |           | ___ s/(2)   |            |
| SUMA                                           |           |             |            |
| PRIMA MÍNIMA                                   |           |             |            |
| PRIMA NETA TOTAL*                              |           |             |            |

\*No podrá ser inferior a la prima mínima fijada en la tarifa

| Medidas de protección contra robo (marque una X)                |                      |  |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| Puertas blindadas y rejas en huecos inferiores a 4 m. de altura | Sin portero físico   |  |
| Puertas blindadas, rejas y alarma sin conexión a central        | Con portero físico   |  |
| Puertas blindadas, rejas y alarma conectada a central           | Vigilanc. permanente |  |
| Sin protecciones físicas, con alarma sin conexión a central     | Otras medidas        |  |
| Sin protecciones físicas, con alarma conectada a central        |                      |  |

#### (\*) Relación de objetos incluidos en el Capital de Contenido, que superan el 10% del mismo por partida ó 1.500€ en valor unitario

| OBJETO | VALOR | OBJETO | VALOR |
|--------|-------|--------|-------|
|        |       |        |       |
|        |       |        |       |
|        |       |        |       |

El Tomador del Seguro:

- Reconoce que todas las declaraciones son veraces, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y la fijación de la prima.
- Queda informado de que los datos recogidos en la presente solicitud son necesarios para la valoración del riesgo así como para la formalización del contrato y para el mantenimiento de la relación contractual.
- Declara haber recibido en la fecha de la solicitud y antes de su firma, la nota informativa del seguro con la información que indica la legislación actual.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

EL TOMADOR DEL SEGURO