

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin efectuar tachaduras ni correcciones.

**IMPORTANTE: DEBERÁ FIRMAR EL BOLETÍN**

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

Nº de Póliza **5-W6-000100768** Certificado  
 Sucursal Agente Productor Agente de Cobro Fecha de Efecto / /

**Datos del Tomador** ESCOLA ISABEL DE VILLENA  
 Nombre y Apellidos o Razón Social FUNDACIO CARME SERRALLONGA

**Datos personales del Asegurado:**

Nombre y Apellidos  
 NIF Fecha de Nacimiento Sexo E. Civil Hijos Profesión  
 Domicilio N.º Piso Puerta Teléfono  
 Código postal <sup>Clave</sup> Población Provincia  
 País <sup>Clave</sup> E-mail

**Datos del Beneficiario**

- Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Todos los hijos por partes iguales; c) Padre; d) Madre; e) Todos los hermanos por partes iguales; f) Herederos legales.
- Cónyuge.
- Cónyuge o, en su defecto, todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Cónyuge y todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de ambos.
- Todos los hermanos del Asegurado por partes iguales.
- Herederos legales
- Padre del Asegurado.
- Madre del Asegurado.
- Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Los hijos del Asegurado; c) Los Padres del Asegurado; d) En defecto de aquéllos, sus legítimos herederos.
- Expresamente designado por el Asegurado (Sólo rellenar cuando no se haya elegido alguna fórmula anterior. Se hará figurar apellidos, nombre y N.I.F.).

**Capitales**

Fallecimiento	Inv. Perm. Abs.	Inv. Perm. Total	Fallec. Accidente	Fallec. Accidente Circulación

**Otros datos**

Extraprimas (a cumplimentar por la Compañía)

Fallecimiento	Invalidez	Incapacidad	Fall. Accid.	Fall. Acc. Circ.

**Declaración de Estado de Salud**

- ¿Se encuentra Vd. actualmente en buen estado de salud? Sí  No  En caso negativo, causas:
- ¿Está o ha estado de baja laboral durante más de quince días consecutivos en los últimos seis meses? Sí  No   
 En caso afirmativo indique causa: Inicio: / / Término: / /
- ¿Qué enfermedades padece o ha padecido y en qué fechas?
- ¿Ha sido operado alguna vez? Sí  No  En caso afirmativo, ¿de qué tipo y en qué fecha?
- ¿Ha sufrido algún accidente? Sí  No  En caso afirmativo, ¿de qué tipo y con qué consecuencias?
- ¿Tiene Vd. alguna incapacidad física/psíquica? Sí  No  En caso afirmativo, especificar
- Indique, por favor, con cifras: Estatura cm. Peso Kg. Tensión Arterial: Máx. Min.
- Posibles aclaraciones a las respuestas anteriores

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

NO

### CLÁUSULA DE CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE LA NOTA INFORMATIVA

El solicitante del seguro y las personas a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 122 y ss. del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

### CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

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, el Tomador del seguro se obliga a comunicar a los Asegurados y beneficiarios y a recabar su consentimiento respecto de:

- a) Que los datos de carácter personal que sean facilitados a la Aseguradora, así como los que se puedan generar en caso de siniestro, incluidos los de salud, serán incorporados y tratados en los ficheros automatizados de que es titular Generali España S.A. de Seguros y Reaseguros, compañía destinataria de los mismos con la finalidad de ejecutar el contrato de seguro y cumplir las obligaciones que nacen de él.
- b) Que dichos datos personales son de obligado suministro al ser indispensables para la valoración del riesgo y para el mantenimiento y efectividad de la relación contractual si se emitiera la póliza y se celebrase el contrato, y siempre que los datos sean adecuados y pertinentes a las finalidades contratadas.
- c) Que dichos datos, siempre que sean adecuados y pertinentes a la finalidad indicada, sean cedidos a la siguiente entidad encargada del tratamiento: Grupo Generali AIE, entidad domiciliada en la Calle Orense nº2 de Madrid, para que tramite, gestione y liquide los siniestros actividades que constituyen el propio objeto social.
- d) Que 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 la solicitud y emitir la póliza, tramitar el siniestro y pagar, si procediera, la indemnización.
- e) Que salvo su indicación en contrario notificada a la Compañía Aseguradora, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio serán 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, cualesquier informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios financieros productos de seguros propios o de terceros.
- f) Que los titulares de los datos pueden ejercer gratuitamente sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante la remisión de una comunicación por escrito al domicilio social de Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros situado en la calle Orense número 2 de Madrid, debiendo incluir su nombre, apellidos, fotocopia de su DNI, un domicilio a efectos de notificaciones e indicar expresamente el derecho que desea ejercitar.

### CLÁUSULA DE COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Mediante la firma de esta Solicitud de Seguro y salvo indicación en contrario por su parte notificada a la Compañía Aseguradora, usted consiente expresamente la utilización indistintamente del correo electrónico, mensaje de texto (SMS), fax, burofax o por correo postal como medio para el envío de comunicaciones y notificaciones, incluidos los recibos de prima, en los términos previstos en la cláusula **"Comunicaciones y notificaciones entre las partes"** de las Condiciones Generales de su contrato de seguro.

No obstante lo anterior, si desea contactar con la Compañía vía Redes Sociales (ej. Twitter, Facebook, etc.), la Compañía dará respuesta a la consulta por este canal, siempre respetando los términos de la LOPD, y sin perjuicio de utilizar en adición los medios anteriormente mencionados.

### CLÁUSULA SOBRE EXACTITUD Y VERACIDAD DE LOS DATOS DECLARADOS

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Leído y conforme:  
Firmado: El Asegurado