



# SOLICITUD DE ADHESIÓN SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES

## TOP COVER

### DATOS DEL TOMADOR

Nombre: \_\_\_\_\_ CIF/NIF: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

FECHA DE EFECTO DEL SEGURO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Telf.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Nº Cuenta: ES \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Beneficiarios:** En caso de fallecimiento, los beneficiarios serán los designados por los Asegurados. Si no hubiera designación expresa, los beneficiarios en caso de fallecimiento serán, por orden de prelación:

1º Cónyuge o pareja de hecho legalmente reconocida del Asegurado.

2º Hijos del Asegurado.

3º Padres del Asegurado.

4º Herederos legales del Asegurado.

**Designación de beneficiarios:** \_\_\_\_\_

**PRIMA TOTAL ANUAL (Incl. impuestos): 180€**

Forma de pago: ANUAL \_\_\_ SEMESTRAL (+2%) \_\_\_

Quedan cubiertos los accidentes derivados de **actividades deportivas** no profesionales ni consideradas de alto riesgo (ver exclusiones) y de la conducción de **ciclomotores y motocicletas** sin límite de cilindrada.

**¿Ha estado o está afectado/a de algún tipo de enfermedad cardiaca, apoplejía, epilepsia, diabetes, parálisis, enfermedades mentales, delirium tremens, alcoholismo, toxicomanía, o alguna otra enfermedad grave y/o permanente? (SÍ/NO) \_\_\_\_\_**

**En caso afirmativo, detallar (fecha de diagnóstico, tratamiento, tipología, secuelas, etc.):** \_\_\_\_\_

**¿Realiza alguna actividad secundaria distinta de la Profesión declarada (SÍ/NO)? \_\_\_\_\_**

**En caso afirmativo, detallar:** \_\_\_\_\_

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

Nota importante: NO se tramitará ninguna solicitud de seguro si no está completa, debidamente rellena y firmada. El solicitante declara haber sido informado de todas las condiciones del contrato.

**Firmado: La Correduría**

**Firmado: El Tomador**

#### Protección de Datos Clientes

**RESPONSABLE:** MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY, Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 de Madrid, [markel@delegado-datos.com](mailto:markel@delegado-datos.com), W0068002E. **FINALIDADES:** Evaluar el riesgo de la cobertura solicitada, tramitar el desarrollo, cumplimiento y control del seguro contratado, tramitar los posibles siniestros e informarle de nuestros productos y servicios vía electrónica y postal. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del contrato de seguro e interés legítimo en informar a nuestros clientes de nuestros productos y servicios. **CESIONES:** En los casos legalmente establecidos, durante la tramitación de los siniestros a corredores y agentes de seguros, compañías aseguradoras y todas las entidades, organismos o personas legitimadas y necesarias para la resolución y tramitación de siniestros, así como a aquellas entidades que participen en la cobertura de su póliza (servicios jurídicos y sanitarios). **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la relación póliza y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. Datos comerciales: cuando el usuario solicite su baja. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

NO DESEO RECIBIR INFORMACIONES COMERCIALES

#### Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma, nombre y cargo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_