

# Cuestionario Seguro Individual de Accidentes Solicitud de Adhesión **TOP COVER**

## **DATOS DEL TOMADOR**

Nombre

CIF/NIF

Domicilio

Fecha de efecto del seguro

## **DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre

Apellidos

Fecha Nacimiento

N.I.F

Domicilio

C.P

Población

Provincia

Teléfono

Email

Profesión

Especialidad

Nº Cuenta

**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): 183,39€**

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.

1. ¿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? Si  No

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

2. ¿Realiza alguna actividad secundaria distinta de la Profesión declarada? Si  No

En caso afirmativo, detallar:

**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.

**Protección de Datos Clientes.**

**RESPONSABLE:** MARKEL INSURANCE SE SUCURSAL EN ESPAÑA, Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 de Madrid, markel@delegado-datos.com, W2764898I. **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 y, a las compañías ISOS para la cobertura de los servicios jurídicos y a Canal Salud Global S.L., Canal Salud 24 S.L. y servicio de Dpen-D para la cobertura de los servicios sanitarios, incluidos en la póliza contratada. **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**

**Cargo**

**Fecha**