

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

Apellidos

Nombre

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): 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.

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:

Se ruega leer estas notas orientadas antes de rellenar el Cuestionario

RESPONSABLE: MARKEL INSURANCE SE, Sucursal en España (W2764898I), Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35,28020 de Madrid, markel@delegado-datos.com. **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 y, 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. **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). 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