SEGURO DE ACCIDENTES COLECTIVO
Para el personal de IIPP Afiliado a la FSC-CCOO

Allianz

Cuestionario:

Adhesión a póliza nº : 028270810 **Fecha de efecto :**

Candidato a Tomador y Asegurado :

Apellidos:_____ Nombre:_____NIF:_____
Domicilio:_____ Población, Código postal:_____
Teléfono: _____ Móvil:_____ Fax: _____ E-mail: _____
Fecha nacimiento: _____ Sexo: O Hombre O Mujer

Domiciliación Bancaria:

CTA. IBAN:_____

RIESGOS CUBIERTOS: (Modalidad 24H) **Prima total anual: 75,44 Euros**

Garantías Contratadas	Suma Asegurada	Franquicia	Edad Máx.
Muerte por accidente.	30.000,00 €		75
Incapacidad permanente según baremo por accidente	60.000,00 €		75
Incapacidad permanente absoluta por accidente	60.000,00 €		75
Indemnización diaria por invalidez temporal por accidente	23,00 €	7 días	65
Muerte por infarto de miocardio	12.000,00 €		75
Orfandad	12.000,00 €		75
Muerte por agresión	12.000,00 €		75
Gastos de tramitación y sepelio	1.500,00 €		75
Gastos de repatriación por fallecimiento en el extranjero	3.000,00 €		75
Asistencia en viaje básica	Incluida		75

Antecedentes del Asegurado:

1. ¿Ha padecido o padece usted algún defecto físico o enfermedad de carácter grave? No Si
En caso afirmativo indique cual_____
2. ¿Se halla usted en situación de incapacidad temporal? No Si
En caso afirmativo indique cual_____
3. ¿Tiene usted alguna otra póliza que garantice el riesgo? No Si
En caso afirmativo indique cual_____

Beneficiarios: □ Por orden: Cónyuge, Hijos, Padres, Herederos Legales.
□ Otros: _____

Nota Importante
Esta solicitud cumplimentada y firmada se enviará por e-mail a la siguiente dirección:
rodriguez.zapata@allianzmed.es

En _____a_____de_____de_____

El Solicitante

El tomador del Seguro y/o Asegurado responden de la veracidad de las declaraciones realizadas en esta Solicitud, las cuales sirven de base para determinar el riesgo y manifiestan conocer que cualquier inexactitud u omisión de las mismas pueden ser causa de nulidad de la póliza.
El Tomador del Seguro otorga conformidad a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automatizadamente y puedan ser cedidos a otras Entidades aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros, y a Instituciones colaboradoras con el Sector Asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de Coaseguro y Reaseguro.
Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente Solicitud y se reserva el derecho de aceptación de la misma a los efectos de contratación de la póliza.