

Deberán cumplimentarse, cuidadosamente y a bolígrafo o pluma y con letra clara, los datos requeridos en esta Solicitud. No efectuar tachaduras ni correcciones.

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

<input type="checkbox"/> De Emisión	<input type="checkbox"/> Aportación extraordinaria(*)	Póliza N°
<input type="checkbox"/> De Modificación	(*) Para aportaciones extraordinarias a Pólizas ya existentes	
Sucursal	Agente Productor	Agente de Cobro

Datos personales del Solicitante/Asegurado

Nombre y apellidos				NIF/CIF	
Domicilio		Nº	Piso	Puerta	Teléfono
Código Postal	Clave	Población		Fax	
Provincia					País
Fecha de nacimiento		/	/	Estado civil	Sexo
Idioma		Clave		Nacionalidad	
Indique si actualmente se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:					
<input type="checkbox"/> Jubilación		<input type="checkbox"/> Incapacidad		<input type="checkbox"/> Dependencia severa o gran dependencia	
<input type="checkbox"/> Enfermedad grave		<input type="checkbox"/> Desempleo larga duración			
<input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria (Obligatoria en Primas Periódicas. Cumplimentar Datos de Domiciliación Bancaria).					
Domiciliación Pago Primas:		IBAN			
<input type="checkbox"/> Cheque nº		Del Banco			

Garantías del Plan de Previsión Asegurado

Garantía Principal Obligatoria: Jubilación

En caso de Fallecimiento: Reembolso de primas pagadas capitalizadas

En caso de Incapacidad Permanente: Reembolso del ahorro acumulado

En caso de Dependencia Severa o Gran Dependencia: Reembolso del ahorro acumulado

Duración del Seguro

Fecha de efecto	/	/	Duración mínima:	años y	meses
-----------------	---	---	------------------	--------	-------

Primas

Periódicas: Importe del recibo

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Constante Crecimiento Acumulativo

Única: Importe Prima Única

Beneficiarios del Seguro en caso de Fallecimiento (Exclusivamente personas físicas)

01 Cónyuge; en su defecto por orden preferente y excluyente, hijos y descendientes (a partes iguales), padres y ascendientes (a partes iguales), herederos legales.

02 El cónyuge e hijos por partes iguales.

03 Designación expresa

Datos a rellenar por el Mediador / Compañía:

Producto y Nivel:

Generali PPA II

Nivel: 60 40 30 10

Forma de Pago

Medio de pago de la prima periódica y/o única inicial por parte del tomador (señalar con una x)

- Efectivo Cheque al portador Cheque nominativo Transferencia
 Domiciliación bancaria Renovación Otros (indicar)

Medio de pago de la prima extraordinaria por parte del tomador (señalar con una x)

- Efectivo Cheque al portador Cheque nominativo Transferencia
 Domiciliación bancaria Renovación Otros (indicar)

Cláusula de Tratamiento de Datos de Carácter Personal

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, las personas a asegurar 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.

Además se pone en conocimiento de los interesados quienes expresamente consienten:

- a) Que los datos de carácter personal que constan en esta solicitud de seguro, así como los que puedan generarse 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.
- b) Que los datos personales que se recogen en esta solicitud de seguro 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 que más adelante se citan, sean cedidos a las siguientes entidades encargadas del tratamiento: (a) las compañías coaseguradoras y reaseguradoras, para cumplir sus relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; (b) Grupo Generali España A.I.E, entidad domiciliada en la calle Orense número 2 de Madrid, para que tramite, gestiones y liquide los siniestros, actividades que constituyen su propio objeto social; (c) los arrendadores de los servicios contratados en la siguiente póliza, para prestar aquéllos que exija el cumplimiento del contrato de seguro; (d) las compañías especializadas en la gestión de cobro de los recibos de prima con esa finalidad; considerándose informados de estas cesiones en virtud de la presente cláusula.
- c) Que en el caso de que la póliza se emitiera y se perfeccionara el contrato de seguro, y salvo siempre su indicación en contrario notificada a la Compañía Aseguradora, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio sean 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, cualesquiera informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios financieros y productos de seguros propios o de terceros.
- d) Que los titulares de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social de Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros situado en la calle Orense número 2 de Madrid.

El Tomador autoriza expresamente a que, en caso de solicitud de traspaso, la Entidad Aseguradora ceda de los datos de su Plan de Previsión Asegurado a la Entidad Gestora o Aseguradora de destino que solicitara, por cuenta del mismo, la movilización de su provisión matemática.

Cláusula de Constancia de la Entrega de la Nota Informativa

El tomador 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 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. El contenido de esta nota informativa es: Legislación aplicable al contrato; Instancias para el caso de reclamación y procedimiento a seguir; Estado donde se ubica la Aseguradora y su denominación social y domicilio; Definición de garantías y opciones; Duración del Contrato; Condiciones para su rescisión; Condiciones; plazos y vencimiento de las primas; Métodos para calcular y asignar participaciones en beneficios; Valores de rescate y reducción; Primas relativas a cada garantía cuando se considere necesario; Definición de las unidades de cuenta de las prestaciones e indicación de activos representativos; Ejercicio del derecho de resolución; e indicaciones generales sobre el Régimen Fiscal Aplicable.

Cláusula sobre la Exactitud y Veracidad de los Datos Declarados

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

_____, a _____ de _____ de _____

El Mediador

El Solicitante / Asegurado

