



Solicitud de Seguro de Generali Adhesión Voluntaria

Póliza núm: 4V-G-

Mediador: _____ **Código:** _____

Datos Personales del Tomador/Asegurado:

Nombre y dos apellidos, o razón social:

NIF/CIF :

Persona Física: Fecha de nacimiento: / / Sexo: Estado civil:

Profesión/actividad:

Domicilio: Nº.: Piso: Puerta:

Código postal: Población:

Provincia: País:

Domiciliación bancaria: Entidad: Oficina: DC.: Número de Cuenta:

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Beneficiarios (señalar con una x el recuadro correspondiente)

- El cónyuge y los hijos, por partes iguales.
- El cónyuge, y en su defecto por orden excluyente, hijos, padres y hermanos.
- Expresa:

Entidad acreedora (Razón social y dirección)

Duración del Seguro: Fecha de efecto: / /

Prestaciones a asegurar:

<input type="checkbox"/> Fallecimiento por cualquier causa	Euros
<input type="radio"/> Invalidez Absoluta Permanente (*)	%
<input type="radio"/> Incapacidad Profesional Permanente (*)	%
<input type="checkbox"/> Capital Adicional Fallecimiento por Accidente	Euros
<input type="radio"/> Anticipo en caso de Invalidez Absoluta por Accidente (*)	%
<input type="radio"/> Anticipo en caso de Incapacidad Profesional Permanente por Accidente (*)	%
<input type="checkbox"/> Capital Adicional Fallecimiento por Accidente de Circulación	Euros
<input type="radio"/> Anticipo en caso de Invalidez Absoluta por Accidente de Circulación (*)	%

(*) % Sobre el capital de la Garantía Principal Correspondiente.

Valoración del Riesgo (Marcar con una x la respuesta que proceda):

Indique su profesión habitual

¿Ha estado en situación de Incapacidad temporal en los últimos 12 meses? Si No ¿Por qué motivo?

¿Se encuentra usted actualmente en buen estado de salud? Si No ¿Qué enfermedad padece o padecido?

¿Desde cuándo?

¿Padece alguna enfermedad o minusvalía? Si No ¿Cuál?

Tensión arterial: Máxima: Mínima

Estatura: cm Peso: Kg ¿Su visión es normal? Si No

¿Tiene contratados o solicitados otros seguros de Vida o Accidentes? Si No

El abajo firmante declara que son exactas y verídicas las contestaciones que anteceden y que no ha ocultado u omitido hechos o circunstancia alguna que pueda influir en la apreciación del riesgo, asimismo autoriza a cualquier médico que le hubiera reconocido o asistido en sus dolencias revelar al Asegurador todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestar su servicio.

En _____ a las ____ h. del ____ de _____ de _____

El Mediador:

El Solicitante: