



POLITÉCNICA

BOLETIN DE ADHESION SEGURO COLECTIVO DE VIDA - ACCIDENTES

CUMPLIMENTAR UTILIZANDO LETRAS MAYÚSCULAS. NO RELLENAR LOS ESPACIOS EN ROJO
NO SERA VALIDA NINGUN BOLETIN CON TACHADURAS O ENMIENDAS



POLIZA	0465222
SUBPOLIZA	
FECHA EFECTO	

TOMADOR DEL SEGURO:

DATOS DEL ASEGURADO	NOMBRE Y APELLIDOS:		
	FECHA NACIMIENTO:	NIF:	PROFESIÓN:
	DOMICILIO:		
	LOCALIDAD:	COD. POSTAL:	PAÍS:
	PROVINCIA:	TELÉFONO:	OTRO TFNO.:
	ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	SEXO:	E-MAIL:

DOMICILIO COBRO DE RECIBOS	ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA Mediante la firma de esta orden de domiciliación el Tomador autoriza expresamente a MAPFRE a que desde la fecha de la presente, y con carácter indefinido en tanto continúen las relaciones entre ambas partes, gire en la cuenta abajo indicada todos los recibos que se originen como consecuencia de la póliza, de conformidad con los dispuesto en la Ley 16/2009 de Servicios de Pago. Mediante la presente orden también se autoriza a su proveedor de servicios de pago para adeudar en la citada cuenta los importes correspondientes a dichos recibos.					
	C.C.C.	ES				

BENEFICIARIOS (Por orden de prelación)	<input type="checkbox"/> El cónyuge, en su defecto los hijos, en su defecto los padres, y en su defecto, los herederos legales (esta designación será la que aparezca en caso de ausencia de designación expresa)			
	<input type="checkbox"/> Otros			
	NOMBRE Y APELLIDOS	N.I.F.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO

Cesión de derechos (S/N):
En caso afirmativo, cumplimentar datos préstamo:

Nº Préstamo		Importe cedido:
Banco	Cod. Banco:	Sucursal:

A CUMPLIMENTAR OBLIGATORIAMENTE SI EL ASEGURADO ES EL PAGADOR DEL RECIBO

¿Es o ha sido PERSONA de RESPONSABILIDAD PÚBLICA, familiar o allegado por relación personal o empresarial? Si No

Actividades RELACIONADAS con la RESPONSABILIDAD PUBLICA

- Jefes de Estado y de Gobierno, Ministros y Secretarios de Estado o subsecretarios. Parlamentarios del Estado Español y/o Europeo
- Miembros de tribunales supremos, constitucionales, o altas instancias judiciales incluyendo las del Ministerio Fiscal
- Miembros de tribunales de cuentas y consejeros de bancos centrales
- Embajadores y encargados de negocio de embajadas. Alto personal militar de las FAS
- Miembros de órganos de administración, gestión o supervisión de empresas públicas
- Altos cargos de la administración autonómica, así como altos cargos y miembros del Consejo Organización Internacional
- Alcaldes y concejales de municipios de más de 50.000 habitantes, cargos directivos de partidos políticos y organizaciones sindicales

En.....a.....de.....de 20.....

Firma de la persona a asegurar

MAPFRE VIDA Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana - Carretera de Pozuelo, nº 50 - 28222 Majadahonda (Madrid)
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Hoja M-7499, Tomo 383, Folio 50- C.I.F. A-28229599





BOLETIN DE ADHESION SEGURO COLECTIVO DE VIDA - ACCIDENTES

CUMPLIMENTAR UTILIZANDO LETRAS MAYÚSCULAS. NO RELLENAR LOS ESPACIOS EN ROJO
NO SERA VALIDA NINGUN BOLETIN CON TACHADURAS O ENMIENDAS

POLIZA	0465222
SUBPOLIZA	
FECHA EFECTO	

DECLARACIONES DE LA PERSONA A ASEGURAR

Estatura en Cm.: _____ ¿Desea cubrir el riesgo de moto de más de 250 c.c. y/o quads de cualquier cilindrada? _____
 Peso en Kgs.: _____ Deportes que practica: _____ ¿Desea cubrir el riesgo? _____

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o control médico?	
2. ¿Se encuentra dado de baja por enfermedad o accidente?	
3. ¿Padece alguna enfermedad, limitación física, psíquica o sensorial?	
4. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? (omitir parto, vegetaciones, hemorroidectomía, apendicectomía, hernia inguinal, fimosis, varicocele y fracturas curadas sin secuelas)	
5. ¿Está pendiente de alguna prueba médica, consulta con especialista o intervención quirúrgica?	
6. ¿Ha sido dado de baja o ha interrumpido su actividad habitual durante más de 15 días consecutivos por enfermedad o accidente?	
7. ¿Padece miopía superior a 8 dioptrías? Si cirugía, indicar nº de dioptrías previas a la misma	

Si ha contestado "SI" a alguna pregunta, detalle para cada caso el tipo de dolencia, fecha de iniciación, tipo de tratamiento o intervención y estado actual. ES MUY IMPORTANTE INDICAR LAS FECHAS:

El presente cuestionario se ha cumplimentado en presencia de la persona a asegurar y éste recoge las respuestas que ésta ha dado a las preguntas en él formuladas. Manifiesta expresamente haber leído su contenido antes de firmarlo, siendo fiel reflejo de las contestaciones que ha dado.

Asimismo la persona a asegurar declara que ha sido informada y conoce que las ocultaciones, reservas e inexactitudes en las respuestas, podrán suponer la pérdida de parte o la totalidad de los derechos derivados del seguro.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA	CONTINGENCIA	CAPITAL POR GARANTÍA	
		CUALQUIER CAUSA	
	ALLECIMIENTO		
	ACCIDENTE		

NOTAS ESPECIALES

	CONFORME EMISIÓN
--	-------------------------

En.....a.....de.....de 20.....
 Firma de la persona a asegurar

**BOLETIN DE ADHESION SEGURO COLECTIVO DE VIDA - ACCIDENTES**CUMPLIMENTAR UTILIZANDO LETRAS MAYÚSCULAS. NO RELLENAR LOS ESPACIOS EN ROJO
NO SERA VALIDA NINGUN BOLETIN CON TACHADURAS O ENMIENDAS

POLIZA	0465222
SUBPOLIZA	
FECHA EFECTO	

RIESGOS NO CUBIERTOS

I. No están cubiertos por la póliza los siniestros siguientes:

- Los acaecidos durante los dos años siguientes al alta del Asegurado en póliza, que sean consecuencia de enfermedad, lesión o cualquier dolencia que afecte al Asegurado, conocida por él o diagnosticada con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la póliza, y que no haya sido aceptada por la Entidad Aseguradora, siempre que se haya cumplimentado la declaración de salud por el asegurado. Como fecha de ocurrencia del siniestro se estará a lo dispuesto en las Condiciones Particulares. El primer párrafo no será de aplicación en el caso de que el colectivo inicial procediera de otra póliza colectiva de similares características y se hayan establecido para el mismo condiciones específicas de admisión en las Condiciones Particulares, salvo las exclusiones contempladas en Condiciones Generales y/o Especiales que seguirían vigentes.
- Los derivados de afecciones que hubieran motivado un grado de discapacidad reconocido por el organismo competente con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la póliza, así como sus posibles complicaciones médicas y las derivadas de los tratamientos correspondientes. Esta cláusula no afectará a aquellos Asegurados que hayan cumplimentado un cuestionario de salud y cuya inclusión en póliza haya sido aceptada expresamente por la Entidad Aseguradora en las condiciones especificadas en sus Certificados Individuales.
- El supuesto del fallecimiento del Asegurado causado dolosamente por su único Beneficiario, en cuyo caso éste perderá el derecho a percibir la indemnización. Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado, conservarán su derecho a la prestación.
- La muerte producida por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia de su inclusión en el Grupo asegurado, salvo pacto en contrario estipulado en las condiciones particulares.
- Los siniestros derivados de toda enfermedad que haya sido declarada por la OMS como Pandemia en Fase 5 y la tasa de mortalidad publicada de los afectados por dicha enfermedad fuese igual o superior al 30%.
- Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Los producidos a consecuencia de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, derrocamiento de gobierno, revolución, rebelión, sedición, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, terrorismo, motín, tumulto o conmoción civil.
- Los relacionados directa o indirectamente con el desarrollo, tenencia o uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- Los riesgos de carácter extraordinario sobre las personas, cubiertos o no, por no tener residencia habitual en España, o excluidos por el Consorcio de Compensación de Seguros en los términos recogidos en cada momento en la legislación vigente.

II. Para los seguros complementarios, adicionalmente, no están cubiertos los riesgos que se indican a continuación:

- Los causados voluntariamente por el Asegurado.
- Los ocasionados por competiciones, apuestas, tentativas de récord y, en general, todos los actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo los que sobrevengan en las tentativas de salvamento de personas o bienes.
- Los que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, así como los derivados de actos delictivos, siempre que en este último caso el Asegurado no hubiere actuado en legítima defensa.
- Los sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, bajo el efecto de bebidas alcohólicas, o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes, no prescritas médicamente. A estos efectos se considerará que está bajo el efecto de bebidas alcohólicas cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al autorizado en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.
- Tampoco se cubren, salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares, las consecuencias de los hechos siguientes:
 - Los ocasionados por la utilización o el uso como conductor u ocupante de motocicletas o ciclomotores con cilindrada superior a 250 c.c., así como la utilización de quads de cualquier cilindrada.
 - Los ocurridos viajando el Asegurado, ya sea en calidad de pasajero o tripulante, en aeronaves de capacidad inferior a diez plazas de pasajeros.
 - Los derivados de la práctica de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor fuera del territorio europeo, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación fuera de aguas jurisdiccionales españolas en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, y en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.
- Están excluidos los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.
- Se hace constar que el ámbito de cobertura para las garantías derivadas de accidentes es mundial, exceptuando los países que en el momento de iniciar el viaje se encuentren entre aquellos que el Ministerio de Asuntos Exteriores desaconseje como destino dentro del apartado de seguridad que dedica a cada país extranjero en su página web oficial.

En.....a.....de.....de 20.....

Firma de la persona a asegurar



POLÍTICA

BOLETIN DE ADHESION SEGURO COLECTIVO DE VIDA - ACCIDENTES

CUMPLIMENTAR UTILIZANDO LETRAS MAYÚSCULAS. NO RELLENAR LOS ESPACIOS EN ROJO
NO SERA VALIDA NINGUN BOLETIN CON TACHADURAS O ENMIENDAS



POLIZA	0465222
SUBPOLIZA	
FECHA EFECTO	

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana.
Finalidades	Gestión del contrato de seguro, elaboración de perfiles para el adecuado desarrollo del contrato de seguro, gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE y envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios del Grupo MAPFRE.
Legitimación	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado.
Destinatarios	Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
Información Adicional	Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en: http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPUPERCLIPART01401ESES02

El Tomador/Asegurado/Afectado queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE VIDA, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan de médicos y prestadores de servicios sanitarios o mediante grabación de conversaciones telefónicas, o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPUPERCLIPART01401ESES02>

El Tomador/Asegurado/Afectado consiente a su vez, la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con MAPFRE VIDA por razón del contrato de seguro.

MAPFRE VIDA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude.

En caso de que los datos facilitados se refieran a terceras personas físicas distintas del Tomador/Asegurado/Afectado, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, comunicaciones y demás términos previstos en el mismo y en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Tomador/Asegurado/Afectado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en: <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPUPERCLIPART01401ESES02>

El Tomador/Asegurado/Afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE VIDA cualquier variación que se produzca en los mismos. Del mismo modo autoriza a MAPFRE VIDA a solicitar o verificar de los médicos y prestadores de servicios sanitarios los datos y antecedentes de salud necesarios para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato y la satisfacción de sus intereses legítimos.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por MAPFRE VIDA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE VIDA, de las distintas entidades del Grupo MAPFRE, así como de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de Grupo MAPFRE.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos, incluida en: <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPUPERCLIPART01401ESES02>

Antes de firmar este documento, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en la cláusula llamada "TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL". Mediante la firma de este documento consiente el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones incluidos en dicha cláusula.

En.....a.....de.....de 20.....

Firma de la persona a asegurar

MAPFRE VIDA Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la Vida Humana - Carretera de Pozuelo, nº 50 - 28222 Majadahonda (Madrid) Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Hoja M-7496, Tomo 383, Folio 50- C.I.F. A-282229599

