

A cumplimentar por la Compañía

Solicitud nº _____ Póliza nº _____ Clave comercial _____

Datos del Asegurador

La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A. Registro Mercantil de Barcelona Tomo 34.346, Folio 13, Hoja nº B-13.071 - CIF A-08-169013 - Capital suscrito y desembolsado 2.103.750 Euros - Inscrita en la D.G.S.F.P. con clave C-0279

Datos del Mediador

Código 1800455 Nombre JURADO MATA CORREDURIA DE SEGUROS, S.L. Productor _____

Datos del Solicitante/Tomador (No cumplimentar si Asegurado y Tomador son el mismo, pero SI indicar los datos bancarios IBAN)

Nombre y apellidos o Razón social _____ NIF/NIE/CIF _____

Dirección postal (domicilio) _____ Código Postal _____

Población _____ Teléfono móvil* _____

Dirección electrónica (e-mail)* _____

Orden de domiciliación bancaria de adeudo directo SEPA IBAN

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Referencia: _____

Beneficiario: Tomador Asegurado Tipo de pago: Recurrente

En caso de aceptación de esta Solicitud de Seguro, mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Datos del Declarante/Asegurado

Nombre y apellidos _____ NIF/NIE _____

Fecha nacimiento _____ Sexo Hombre Mujer Actividad profesional actual _____

Por cuenta Propia Ajena Régimen Seguridad Social General Autónomo Mutualidad Otros _____

Dirección postal (domicilio) _____ Código Postal _____

Población _____ Teléfono móvil* _____

Dirección electrónica (e-mail)* _____

Empresa (donde desarrolla su actividad profesional) _____

Dirección postal (domicilio empresa) _____ Código Postal _____

Población _____ Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____

Primas mensuales (marcar la opción deseada)

Edad	600 € mensuales (30 € diarios)		900 € mensuales (30 € diarios)	
	Prima mensual franquicia 7 días	Prima mensual franquicia 15 días	Prima mensual franquicia 7 días	Prima mensual franquicia 15 días
Hasta 45 años	16,65 €	11,95 €	24,98 €	17,93 €
46 años	18,63 €	13,34 €	27,94 €	20,01 €
47 años	19,34 €	13,85 €	29,00 €	20,77 €
48 años	20,07 €	14,37 €	30,11 €	21,55 €
49 años	20,84 €	14,91 €	31,26 €	22,36 €
50 años	21,63 €	15,47 €	32,45 €	23,21 €

Efecto, pago y revalorización

Fecha de efecto solicitada _____ Forma de pago Trimestral Revalorización anual para todas las garantías 3 %

Cuestionario sobre seguros, antecedentes personales y patológicos. Si en los últimos 10 años ha padecido alguno de los siguientes procesos, indiquenos cuál y la fecha en que lo padeció. (Debe responder a todas las preguntas. En caso de ausencia de respuesta se entenderá que no ha padecido antecedentes, asumiendo el declarante las consecuencias jurídicas que de ello se deriven)

¿Tiene contratado o ha solicitado otro seguro de salud? Sí No - Seguro de incapacidad temporal Sí No Compañía: _____ Importe asegurado _____
- Seguro de asistencia sanitaria? Sí No Compañía _____

- | | |
|--|--|
| <p>1 - Fuma Sí No - Cantidad diaria _____
2 - ¿Padece hipertensión? Sí No 3 - Estatura _____ cms. 4 - Peso _____ Kg
5 - ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí No - Cantidad diaria _____
6 - ¿Ha estado de baja laboral más de 15 días consecutivos? Sí No _____
7 - ¿Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales? Sí No _____
8 - ¿Practica algún deporte? Sí No - De qué tipo y con qué frecuencia _____
9 - ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida? Sí No _____
10 - Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales Sí No _____
11 - Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio Sí No _____
12 - Enfermedades respiratorias (pulmones, pleura, bronquios, etc.) Sí No _____
13 - Procesos infecciosos o parasitarios, S.I.D.A. Sí No _____
14 - Afecciones en la espalda y/o en la columna vertebral (lumbalgias, cervicalgias, hernias discales, etc.) Sí No _____
15 - Procesos endocrinos, nutricionales y metabólicos (diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, etc.) Sí No _____
16 - Alteraciones del sistema nervioso Sí No _____
17 - Alteraciones de la sangre y el sistema linfático Sí No _____
18 - Alteraciones psiquiátricas Sí No _____</p> | <p>19 - Enfermedades genitourinarias (renales y vías renales, ginecológicas, órganos genitales, etc.) Sí No _____
20 - Enfermedades de la piel (quistes, eccema, etc.) Sí No _____
21 - Enfermedades de la nariz, boca, oído y/o laringe Sí No _____
22 - Enfermedades oculares. Motivo y graduación Sí No _____
23 - Alguna afección todavía no nombrada Sí No _____
24 - ¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica? ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No _____
25 - ¿Ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, scanner o TAC, Doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, biopsias, etc.? Sí No - Motivo y resultado de las pruebas: _____
26 - ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas? Sí No _____
¿Enfermedades reumáticas? Sí No - ¿Ha realizado rehabilitación o fisioterapia? Sí No _____
27 - ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No - De qué naturaleza y en qué fecha: _____
28 - ¿Sufríó lesiones? Sí No - Indíquenos cual/es: _____
29 - ¿Le ha dejado secuelas? Sí No - Indíquenos cual/es: _____
30 - ¿Se encuentra actualmente de baja laboral o bajo control, valoración o tratamiento médico y/o en espera de la realización u obtención de resultados de pruebas de diagnóstico complementarias? Sí No _____</p> |
|--|--|

En caso de respuesta afirmativa "Sí", indicar tipo de proceso, fecha en que lo padeció y estado actual: _____

Información Básica sobre Protección de Datos. RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS: LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. (LPM). FINALIDAD: gestionar el trámite de su solicitud de suscripción del seguro. LEGITIMACIÓN: la aplicación de medidas precontractuales en relación al contrato de seguro, interés legítimo para la prevención del fraude en la selección del riesgo y el cumplimiento de obligaciones legales. DESTINATARIOS: los profesionales que presten sus servicios para LPM con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el futuro contrato de seguro. DERECHOS: puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, limitación y/u oposición al tratamiento ante el Servicio de Atención al Cliente, a través de las direcciones postal y electrónica abajo indicadas de la Aseguradora. PLAZO DE CONSERVACIÓN: sus datos serán conservados por LPM durante el plazo de prescripción legal de 5 años. Puede consultar la INFORMACIÓN ADICIONAL y detallada sobre Protección de Datos en www.previsionmallorquina.com/proteccion-datos.

En caso de ser aceptada por la Aseguradora la presente Solicitud de Seguro el contrato se regirá por la legislación española, concretamente por la Ley de Contrato de Seguro, Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por las demás disposiciones que las modifiquen o le sean de legal aplicación. El control de la actividad del Asegurador le corresponde a España a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), dependiente del Ministerio de Economía. La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) con dirección postal en 08036 BARCELONA, c/Aribau, 168-170, Entlo. 1º, y electrónica sac@previsionmallorquina.com para atender las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de 1 mes derivadas de la actuación de la propia Aseguradora o de sus agentes de seguros y operadores de banca seguros conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO/734/2004. Transcurrido dicho plazo sin respuesta o disconformidad con la misma, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la DGSFP en 28046 MADRID, Pº de la Castellana, 44. En todas las oficinas de la Aseguradora se encuentra disponible el Reglamento del SAC. En todo caso, el cliente puede acudir a la justicia ordinaria o a un órgano arbitral aceptado por las partes. El solicitante y/o la persona que se desea asegurar manifiestan que han sido informados de las coberturas, límites y exclusiones del seguro y que las declaraciones contenidas en esta Solicitud-Cuestionario, que ha de servir de base para la valoración del riesgo, son EXACTAS y VERACES y conocen que su omisión o falta de veracidad puede dar lugar a la pérdida de la prestación y a la rescisión del contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

El Declarante/Asegurado

El cliente **ACEPTA**, salvo solicitud en contrario, la puesta a disposición del documento informativo de producto y la nota general previa informativa del mismo en el sitio web www.previsionmallorquina.com/informacion-previa-contratacion

El Solicitante/Tomador

Firme aquí

En _____ a _____ de _____ de _____

Firme aquí

* Campos obligatorios