

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS SEGURO DE ACCIDENTES INDIVIDUAL

TOMADOR

Nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Profesión (detallar):

Dirección y CP:

Teléfono:

E-mail:

CUESTIONARIO GENERAL

¿Conduce ciclomotor y/o motocicleta, quad o algún vehículo similar?

- ☐ No usa moto/ciclomotor
- ☐ Usa ciclomotor
- ☐ Usa moto hasta 30CV
- ☐ Usa moto de más de 30CV

¿Es zurdo?

- ☐ No
- ☐ Si

¿Le han rechazado o anulado alguna solicitud o póliza de Vida y/o Accidentes?

- ☐ No
- ☐ Si. Facilite datos:

¿Tiene otros seguros de Accidentes o Vida?

- ☐ No
- ☐ Si. Facilite datos:

¿Realiza actividades sociales no remuneradas?

- ☐ No
- ☐ Si. Facilite datos:

¿Utiliza máquinas peligrosas? ¿Trabaja con materias explosivas, corrosivas, tóxicas o cortantes?

- ☐ No
- ☐ Si. Indique cuales:

¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya supuesto más de 15 días de baja laboral?

- ☐ No
- ☐ Si. Facilite datos:

¿Padece algún defecto físico o minusvalía?

- ☐ No
☐ Si. Facilite datos:

¿Necesita corrector auditivo o visual superior a 8 dioptrías?

- ☐ No
☐ Si. Facilite datos:

¿Practica algún deporte o actividad manifiestamente peligrosa?

- ☐ No
☐ Si. Indique cuales:

COBERTURAS

CAPITAL ASEGURADO

Garantías Principales

- | | |
|---|---------|
| ☐ Fallecimiento por accidente: | _____ € |
| ☐ Incapacidad Permanente Absoluta o Parcial: | _____ € |

Garantías Complementarias

- | | |
|--|---------|
| ☐ Fallecimiento por Accidente de Circulación | _____ € |
| ☐ Fallecimiento por Infarto de Miocardio* | _____ € |
| ☐ Fallecimiento por Actos Violentos | _____ € |
| ☐ Fallecimiento del Asegurado y su Cónyuge | _____ € |
| ☐ Incapacidad Permanente Absoluta por Infarto de Miocardio* | _____ € |
| ☐ Incapacidad Permanente Absoluta por Accid. de Circulación | _____ € |
| ☐ Incapacidad Permanente Total por Accidente: | _____ € |
| ☐ Gran Invalidez por Accidente: | _____ € |
| ☐ Incapacidad temporal*: | |
| ☐ Por Accidente | _____ € |
| ☐ Por Accidente y Enfermedad | _____ € |
| ☐ Asistencia Sanitaria | _____ € |
| ☐ Hospitalización por accidente | _____ € |
| ☐ Gastos de Cirugía Estética (máx. 6.000€) | _____ € |

Únicamente en caso de haber seleccionado alguna de las coberturas con asterisco (*) será necesario completar una declaración de salud adicional.

Responsable: Grupo Data Asesoramiento y Mediación en Seguros, S.L.

Domicilio: Av. Virgen de la montaña, 19, 10002, Cáceres

Finalidad: Gestión integral de la relación con clientes y solicitantes de presupuestos.

Legitimación: Art. 6.1.b) del Reglamento UE 2016/679, por el que se legitima el tratamiento cuando es necesario para la ejecución de un contrato para las relaciones contractuales.

Destinatarios de las cesiones: Los legalmente establecidos.

Ejercicio de los Derechos: Acceso, impugnación, rectificación, supresión, oposición, revocación del consentimiento, portabilidad y limitación del tratamiento en la dirección postal del Responsable o en el email dpo@grupodata.es. También tiene derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Conservación: Mientras dure la relación, dejando a salvo los plazos de prescripción legal y reclamación de posibles responsabilidades. Más información en info@grupodata.es o en nuestras oficinas.