

Solicitud de Seguro

MARCAR EN CASO DE TRASPASO



Número de solicitud Alta Modificación Traspaso

Número de póliza Número de certificado Número de subcolectivo

Delegación Efecto Vencimiento

Campaña Envío de documentación Cliente Mediador Delegación Zona KAM Colectivo

Clave Mediador 1 Clave Mediador 2

Datos del Traspaso - (A CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE TRASPASO) ⁽¹⁾

Número de Póliza de procedencia ⁽²⁾ Número de certificado ⁽²⁾ Procede extorno

Baja total de la póliza Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADOS)

Datos del Tomador

Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio: Tipo de Vía ⁽⁴⁾ Nombre de Vía Número Piso

Código Postal Población

Fecha de nacimiento Estado Civil ⁽⁴⁾ Profesión ⁽⁴⁾ Sexo Hombre Mujer

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

Idioma de la documentación ⁽⁴⁾ Forma de pago ⁽⁴⁾ Cuenta corriente

Datos adicionales del Tomador (A cumplimentar SÓLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARIO RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Sí No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ Sí No Cuadro Médico

Número de Póliza de procedencia Número de certificado

Datos Asegurados

1) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población

Fecha de nacimiento Profesión ⁽⁴⁾ Sexo Hombre Mujer Parentesco ⁽⁴⁾ Cuadro Médico

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Sí No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ Sí No

SÓLO EN TRASPASOS: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° de certificado ⁽³⁾

2) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población

Fecha de nacimiento Profesión ⁽⁴⁾ Sexo Hombre Mujer Parentesco ⁽⁴⁾ Cuadro Médico

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Sí No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ Sí No

SÓLO EN TRASPASOS: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° de certificado ⁽³⁾

3) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población

Fecha de nacimiento Profesión ⁽⁴⁾ Sexo Hombre Mujer Parentesco ⁽⁴⁾ Cuadro Médico

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Sí No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ Sí No

SÓLO EN TRASPASOS: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° de certificado ⁽³⁾

4) Apellidos y Nombre NIF/NIE

Domicilio Código Postal Población

Fecha de nacimiento Profesión ⁽⁴⁾ Sexo Hombre Mujer Parentesco ⁽⁴⁾ Cuadro Médico

Teléfono Teléfono móvil Correo electrónico

¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Sí No ¿Solicita Exención de Carencias? ⁽⁵⁾ Sí No

SÓLO EN TRASPASOS: N° de Póliza de procedencia ⁽³⁾ N° de certificado ⁽³⁾

PRODUCTO

OBSERVACIONES

Complementos adicionales por asegurado

Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
<input type="text"/>				

Resolución Solicitud: ACEPTADA RECHAZADA EXCLUSIONES (1), (2), (3), (4) y (5) Ver instrucciones de cumplimentación en el reverso.

Conforme a lo indicado en el apartado "TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES" que figura en el reverso de esta solicitud de seguro, marque la/s casilla/s correspondientes si no admite el envío de publicidad y/o la cesión de datos indicada.

No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria.

No acepto la comunicación de mis datos personales a terceras entidades.

Fecha Firma