

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 _____ Nombre _____ 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 fijo _____ Teléfono móvil _____

Dirección electrónica (e-mail) _____

Orden de domiciliación bancaria de adeudo directo SEPA IBAN

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

(código IBAN donde se hará efectivo el cargo de la prima y se liquidarán las prestaciones)

Beneficiario: Tomador Asegurado Tipo de pago: Recurrente Referencia: _____

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 fijo _____ Teléfono móvil _____

Dirección electrónica (e-mail) _____

Empresa (donde desarrolla su actividad profesional) _____

Dirección postal (domicilio empresa) _____ Código Postal _____

Población _____ Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____

Garantías y sumas aseguradas

Garantías principales	Período máximo de cobertura	Subsidio diario	Franquicia	Prima anual (1)
<input type="radio"/> Enfermedad y accidente	365 días	€	días	€
<input type="radio"/> Sólo enfermedad	365 días	€	días	€
Condiciones especiales	Período máximo de cobertura	Suma asegurada		Prima anual (1)
<input type="radio"/> Hospitalización	365 días	€		€
<input type="radio"/> Pruebas diagnósticas	365 días	€		€
<input type="radio"/> _____	_____	€		€
(1) Prima orientativa sujeta a valoración de la solicitud de seguro por la Compañía, según las circunstancias declaradas.				Prima total anual (1) €

Efecto, pago y revalorización

Fecha de efecto solicitada _____ Forma de pago Mensual Trimestral Semestral Anual Importe mínimo recibo fraccionado 60 €
Descuento 1,90% Descuento 2,86% Descuento 4,76%

Revalorización anual para todas las garantías _____ % Forma de pago años sucesivos (por defecto igual 1er. año) _____

Antecedentes sobre seguros

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

Antecedentes personales y patológicos

- 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 - ¿Cuándo y por qué? _____
 7 - ¿Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales? Sí No - ¿Cuál/es? _____
 8 - ¿Practica algún deporte? Sí No - ¿De qué tipo y con qué frecuencia? _____
 9 - ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida? Sí No - ¿Cuál/es? _____
 10 - Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales Sí No - ¿Cuál/es? _____
 11 - Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio Sí No - ¿Cuál/es? _____
 12 - Enfermedades respiratorias (pulmones, pleura, bronquios, etc.) Sí No - ¿Cuál/es? _____
 13 - Procesos infecciosos o parasitarios, S.I.D.A. Sí No - ¿Cuál/es? _____
 14 - Afecciones en la espalda y/o en la columna vertebral (lumbalgias, cervicalgias, hernias discales, etc.) Sí No - ¿Cuál/es? _____
 15 - Procesos endocrinos, nutricionales y metabólicos (diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, etc.) Sí No - ¿Cuál/es? _____
 16 - Alteraciones del sistema nervioso Sí No - ¿Cuál/es? _____
 17 - Alteraciones de la sangre y el sistema linfático Sí No - ¿Cuál/es? _____
 18 - Alteraciones psiquiátricas Sí No - ¿Cuál/es? _____
 19 - Enfermedades genitourinarias (renales y vías renales, ginecológicas, órganos genitales, etc.) Sí No - ¿Cuál/es? _____
 20 - Enfermedades de la piel (quistes, eccema, etc.) Sí No - ¿Cuál/es? _____
 21 - Enfermedades de la nariz, boca, oído y/o laringe Sí No - ¿Cuál/es? _____
 22 - Enfermedades oculares. Motivo y graduación Sí No - ¿Cuál/es? _____
 23 - ¿Alguna afección todavía no nombrada? Sí No - ¿Cuál/es? _____
 24 - ¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica? Sí No - Díganos el motivo de la intervención y cuándo se efectuó o efectuará _____
 25 - En los últimos años, ¿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 - ¿Cuál/es? _____
 27 - ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No - ¿De qué naturaleza y en qué fecha? _____
 28 - ¿Sufrió 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 _____

En el caso de ser aceptada por la Aseguradora la presente Solicitud de Seguro, el contrato se regirá por la legislación española, en concreto por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y por las disposiciones legales que modifiquen y/o amplíen las citadas leyes o que sean de legal aplicación al presente contrato. El Estado al que corresponde el control de la actividad del Asegurador es España a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía. LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. dispone de un Servicio de Atención al Cliente con dirección postal en 08036 BARCELONA, c/ Aribau, 168-170, entresuelo 1ª, y electrónica sac@laprevisionmallorquina.com para atender las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de 2 meses derivadas de la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros y operadores de banca seguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de Marzo. Transcurrido dicho plazo sin haber obtenido respuesta o no esta conforme con la misma, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en 28046 MADRID, Pº de la Castellana, 44. En todas las oficinas del Asegurador se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente. En todo caso, el cliente puede acudir a los tribunales de justicia o a un órgano arbitral aceptado por las partes.

El Solicitante y/o la persona que se desea asegurar autoriza expresamente a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., a la inclusión en sus ficheros y tratamiento de todos sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, para cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la futura relación contractual, encuestas de satisfacción, prevención del fraude en la selección de riesgo y en la gestión de siniestros y el envío de información comercial de nuestros productos de seguro, incluso por medios electrónicos. Asimismo, autoriza expresamente que dichos datos personales puedan ser comunicados entre dicha entidad aseguradora y los profesionales que presten sus servicios a ésta con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el futuro contrato de seguro. Si no desea que utilicemos sus datos con fines no relacionados con la relación contractual marque la casilla . Dichos datos permanecerán en los ficheros del Asegurador aún en el caso de que no se formalice la póliza y estarán sujetos, mediante solicitud escrita del interesado dirigida a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., c/ Aribau 168-170, Ent. 1ª, Barcelona, 08036, a la atención del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador, a los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de acuerdo con la legislación vigente. 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 por el Asegurador, son en un todo 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. Asimismo autorizan a cualquier médico o institución que le haya asistido o reconocido en sus dolencias a revelar a la Compañía la información que ésta considere necesaria.

En _____ a _____ de _____ de _____

El Declarante/Asegurado

El Solicitante/Tomador

Firme aquí

Firme aquí