



Seguro de Grupo

Boletín de Adhesión



Modalidad:

- Vida Grupo** -2331 -
 Vida Grupo Exteriorización -2330-
 VidaSegura 100 -2229-
 Plan Ahorro Adhesión -250-
 Plan Ahorro Grupo -252-
 Plan Ahorro Grupo Exteriorización -251-
 Plan Ahorro Grupo Compromiso Empresarial -254-

Tomador del Seguro

COL-LEGI OFICIAL DE VETERINARIS DE BARCELONA N.º póliza 82-70010264

C.I.F./N.I.F. Q 0 8 7 1 0 0 1 D Mediator Oficina

Datos de la persona a asegurar

N.I.F. Nombre 1.º Apellido 2.º Apellido
 Fecha nacimiento Sexo hombre mujer Profesión N.º certificado
 Domicilio N.º Resto Código Postal Localidad

Domiciliación (cumplimentar obligatoriamente para VidaSegura 100 y Plan Ahorro Adhesión)

Banco/Caja de Ahorros Código entidad Código oficina D.C. N.º cuenta/libreta

Vida Riesgo

Garantías	Capitales	Garantías	Capitales
Muerte por cualquier causa	8.000,00	I.P.A. por accidente de circulación	
Muerte por accidente	8.000,00	Incapacidad permanente total (I.P.T.)	
Muerte por accidente de circulación	8.000,00	I.P.T. por accidente	
Incapacidad permanente absoluta (I.P.A.)		I.P.T. por accidente de circulación	
I.P.A. por accidente			

Vida Ahorro

Tipo de cobro
 Metálico (META) Domiciliación bancaria (DBC) **Forma de pago**
 Anual (A) Semestral (SC) Trimestral (TC) Bimestral (BC) Mensual (MC) Unica (U)
Prima primer recibo **Prima suplementaria inicial** **En caso de prima periódica, ¿es la prima revisable anualmente?**
 Si No
Incremento anual
 Constante Creciente _____ % Geométrico Aritmético I.P.C.

Beneficiarios:

En caso de supervivencia
 En caso de fallecimiento
 Salvo indicación expresa del Asegurado, el orden preferente y excluyente en caso de fallecimiento será: 1º. Cónyuge no separado legalmente, 2º. Hijos, 3º. Padres, 4º. Herederos legales

Conforme a la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos facilitados son de carácter obligatorio, y serán incluidos y tratados en un fichero titularidad de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS para la tramitación de solicitudes, valoración del riesgo, gestión, cumplimiento y desarrollo de las coberturas garantizadas en el contrato de seguro, pago de prestaciones, prevención y detección del fraude, estudios estadísticos, fidelización y realización de encuestas. Los datos solicitados son de carácter obligatorio para poder hacerse efectivas las prestaciones de la Póliza. La negativa a facilitar la información requerida, facultará a la Compañía a no formalizar el Contrato.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito remitido a AXA SEGUROS E INVERSIONES (Dpto. Marketing-CRM), Paseo de la Castellana 79, 28046 Madrid.

Asimismo, le hacemos saber que sus datos identificativos se utilizarán para mantener la relación comercial y recibir información y publicidad, por cualquier medio, referida a seguros, productos financieros, automoción, ocio y gran consumo, propios o de terceros, y que podrán ser cedidos con las finalidades anteriormente expresadas a AXA AURORA IBÉRICA, S.A y AXA IBERCAPITAL, S.A, Entidades pertenecientes al Grupo AXA, si en el plazo de 30 días no manifiesta lo contrario. El interesado podrá ejercitar los mencionados derechos en la forma y lugar arriba indicados. Igualmente sus datos podrán ser cedidos, por imperativo legal, al Registro de Contratos de Seguros con Cobertura de Fallecimiento."

El Solicitante declara que las respuestas contenidas en este cuestionario son verdaderas y se compromete a comunicar al Asegurador cualquier cambio de las mismas, ya que pueden constituir una modificación o agravación del riesgo del que se solicita cobertura.

En _____, a _____ de _____ de _____
Firma de la persona a asegurar,

Nota importante: para los seguros de riesgo se debe cumplimentar obligatoriamente el Cuestionario de Salud que figura al dorso del Boletín

SERVICIOS CENTRALES: Paseo de la Castellana, 79 - 28046 Madrid - www.axa.es

Cuestionario de salud de la persona a asegurar

Indique, por favor, con cifras

Estatura	Peso	Tensión arterial: máxima	mínima
----------	------	--------------------------	--------

Anote una "X" en la casilla que corresponda

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Padece usted alguna enfermedad que le obligue a una asistencia médica? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene usted algún defecto físico, ha sufrido accidentes graves, ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2, 3, 4, 5, complete los siguientes datos

1. Naturaleza del padecimiento o lesión:

2. Fecha, duración aproximada y situación actual:

3. Nombre y dirección de los Médicos o Instituciones que le han asistido:

El Asegurado certifica haber contestado completa y verídicamente a las preguntas antes citadas. Autoriza a médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la Compañía a darle a ésta las informaciones necesarias para esta propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.

En _____, a _____ de _____ de 201_____

Firma de la persona a asegurar,