



SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Boletín de Adhesión
(Boletín de adhesión por traspaso)

Para cumplimentar este documento manualmente, rellenar los datos requeridos a bolígrafo y con letra clara sin efectuar tachaduras ni correcciones.

IMPORTANTE: DEBERÁ FIRMAR EL BOLETÍN.

Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Nº de Póliza W8-G-62000011 | Centro | Certificado |
| Sucursal | Agente Productor 17067 | Agente de Cobro |
| | | Fecha de Efecto / / |

Datos del Tomador

Nombre y Apellidos o Razón Social **EFPA ESPAÑA**

Datos personales del Asegurado:

Nombre y Apellidos

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|--------|----------|-----------|-----------|
| NIF | Fecha de Nacimiento / / | Sexo | E. Civil | Hijos | Profesión |
| Domicilio | N.º | Piso | Puerta | Teléfono | |
| Código postal <small>Clave</small> | Población | | | Provincia | |
| País | <small>Clave</small> | E-mail | | | |

Datos del Beneficiario

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Todos los hijos por partes iguales; c) Padre; d) Madre; e) Todos los hermanos por partes iguales; f) Herederos legales. <input type="checkbox"/> Cónyuge. <input type="checkbox"/> Cónyuge o, en su defecto, todos los hijos del Asegurado por partes iguales. <input type="checkbox"/> Cónyuge y todos los hijos del Asegurado por partes iguales. <input type="checkbox"/> los hijos del Asegurado por partes iguales. <input type="checkbox"/> Expresamente designado por el Asegurado (Sólo rellenar cuando no se haya elegido alguna fórmula anterior. Se hará figurar apellidos, nombre y N.I.F.). | <input type="checkbox"/> Padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de ambos. <input type="checkbox"/> Todos los hermanos del Asegurado por partes iguales. Herederos legales. <input type="checkbox"/> Padre del Asegurado. Madre del Asegurado. <input type="checkbox"/> Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Los hijos del Asegurado; c) Los Padres del Asegurado; d) En defecto de aquéllos, sus legítimos herederos. |
|---|--|

Domiciliación bancaria

ES _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Capitales

| Fallecimiento | Fallecimiento Accidente | Fallecimiento Accidente Circulación | Invalidez | Invalidez Accidente | Invalidez Accidente Circulación |
|---------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------|---------------------|---------------------------------|
| | | | | | |

CLÁUSULA DE CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE LA NOTA INFORMATIVA

El solicitante del seguro y las personas a asegurar declaran haber recibido con anterioridad a la firma de la presente solicitud toda la información contenida en los artículos 122 y ss. del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

INFORME DE SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 122.5 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el informe de situación financiera y de solvencia del asegurador correspondiente al último ejercicio se encuentra a disposición de los tomadores y asegurados en la página web de la compañía (www.generali.es).

| Información básica sobre Protección de Datos | |
|--|---|
| Responsable del tratamiento | Generali España S.A. de Seguros y Reaseguros ("GENERALI"). |
| Finalidades del tratamiento | 1. Gestionar su solicitud, valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados a la misma. 2. En caso de perfeccionarse, gestionar, mantener y controlar la relación contractual. 3. Prevenir el fraude. 4. Comunicar sus datos a terceros únicamente cuando sea necesario para cumplir con una obligación legal o para formalizar la solicitud de adhesión al contrato de seguro y en, caso de perfeccionarse, la gestión del mismo. |
| Legitimación del tratamiento | Sus datos personales serán tratados con base en la ejecución de un contrato, el cumplimiento de una obligación legal, el interés legítimo de GENERALI a efectuar dicho tratamiento, y en su caso el consentimiento expreso. |
| Potenciales destinatarios de los datos | Sociedades del Grupo Generali, entidades aseguradoras, coaseguradoras y reaseguradoras y médicos, centros sanitarios, hospitales y administraciones públicas |
| Procedencia de los datos | Datos personales facilitados por usted y/o su mediador de seguros, así como procedentes de ficheros comunes, ficheros sectoriales y/o organismos públicos, médicos o centros sanitarios, hospitales que le hubieran asistido o reconocido. |
| Derechos de protección de datos | Usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento de datos y portabilidad de datos, tal como se detalla en la "Información Adicional". |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional detallada sobre Protección de Datos en la siguiente web: https://www.generali.es/quienes-somos/privacidad |

CLÁUSULA DE COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Mediante la firma de esta Solicitud de Seguro y salvo indicación en contrario por su parte notificada a la Compañía Aseguradora, usted consiente expresamente la utilización indistintamente del correo electrónico, mensaje de texto (SMS), fax, burofax o por correo postal como medio para el envío de comunicaciones y notificaciones, incluidos los recibos de prima, en los términos previstos en la cláusula "**Comunicaciones y notificaciones entre las partes**" de las Condiciones Generales de su contrato de seguro.

No obstante lo anterior, si desea contactar con la Compañía vía Redes Sociales (ej. Twitter, Facebook, etc.), la Compañía dará respuesta a la consulta por este canal, siempre respetando los términos de la normativa de protección de datos personales, y sin perjuicio de utilizar en adición los medios anteriormente mencionados.

CLÁUSULA SOBRE EXACTITUD Y VERACIDAD DE LOS DATOS DECLARADOS

Los abajo firmantes declaran que son exactas y veraces las contestaciones contenidas en esta solicitud y cuestionario y que no han ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedan informados de las consecuencias previstas en el art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de inexactitud de los datos suministrados.

Autorizo a que GENERALI trate mis datos personales de carácter sensibles presentes en el cuestionario de salud y a obtener de forma confidencial por parte de cualquier médico o centro hospitalario que me hubiera asistido o reconocido los datos relativos a mi salud necesarios para valorar el riesgo y calcular la prima de este seguro.

En _____, a _____ de _____ de _____

Leído y conforme: *El Asegurado*

El Tomador del Seguro
(Firma o sello de la Empresa)

