



# MAPFRE VIDA

SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA  
FILIAL DE MAPFRE - CAJA MADRID HOLDING DE ENTIDADES ASEGURADORAS, S.A.

Avda. General Perón, 40. 28020 MADRID • Tel: 91 581 14 09 - Fax: 91 581 15 92

NÚMERO IDENTIFICACIÓN FISCAL A-28229599

N.º DE PÓLIZA	
SUBPÓLIZA	
N.º ADHESIÓN	
FECHA EFECTO	

## BOLETÍN DE ADHESIÓN - SEGURO COLECTIVO DE VIDA / ACCIDENTES

CUMPLIMENTAR UTILIZANDO LETRAS MAYÚSCULAS. NO RELLENAR LOS ESPACIOS EN VERDE

TOMADOR DEL SEGURO: .....

### DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR

ASEGURADO	NOMBRE		APELLIDO 1.º		APELLIDO 2.º	
	F. NACIMIENTO		NIF		PROFESIÓN	
	SEXO (M/H):	EST. CIVIL	REFERENCIA CLIENTE		CTRO. TRABAJO	

DOMICILIO PARTICULAR	CALLE / PLAZA					
	LOCALIDAD					
	PROVINCIA		CÓD. POSTAL	PAÍS	CORREO ELECTRÓNICO	
	TFNO. PARTICULAR		OTRO TFNO.		FAX	

EN CASO DE SER ACEPTADO EL RIESGO; DOMICILIO DE RECIBOS DE COBRO	BANCO O CAJA		C.C.C.	
	DOMICILIO			
	LOCALIDAD		PROVINCIA	CÓD. POSTAL

### BENEFICIARIOS:

Los beneficiarios por mí designados son: (ponga la cruz en el recuadro correspondiente):

El conyugue, en su defecto los hijos, en su defecto los padres, y en su defecto los herederos legales. (Esta designación es la que prevalezca en caso de ausencia de declaración expresa):

NOMBRE Y APELLIDOS	N.I.F.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO

Cesión de derechos (S/N):	N.º Préstamo	Importe Cedido:
(En caso afirmativo, cumplimentar datos Préstamo)	Banco	Cód. banco      Sucursal

### DECLARACIONES DE LA PERSONA A ASEGURAR

CUMPLIMENTAR Y FIRMAR AL DORSO DE ESTE DOCUMENTO.

### PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos personales y, en su caso, los de salud que usted nos facilita, se recogen confidencialmente en los ficheros de la entidad, con la finalidad de efectuar la selección del riesgo, para el cumplimiento de las obligaciones contractuales, para constancia de su solicitud de seguro para enviarte información sobre otros productos o servicios de nuestra compañía, para la realización de estudios estadísticos, la investigación y prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros y para la gestión de otras solicitudes o contratos de seguro.

Con la firma del presente documento, autoriza el tratamiento de sus datos y acepta la cesión de todos ellos, para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades del Sistema Mapfre así como a otras personas o entidades con las que las distintas entidades del Sistema Mapfre concluyan acuerdos de colaboración, respetando en todo caso la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúa a los referidos cesionarios.

Usted dispondrá en todo momento de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos que podrá ejercitar mediante comunicación escrita dirigida a MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros Sobre la Vida Humana, Avda. del General Perón, 40, 28020 Madrid, bajo cuya supervisión y control se encuentra el fichero y asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del tomador, éste deberá con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

En ..... a ..... de ..... de 200 ....

Firma de la persona a asegurar

N.º G	GARANTÍAS Y CAPITALES VIDA	SOBRES PROF.	SOBRES EME.
051	F.C.C.		
052	I.T.P.		
053	I.A.P.		
054	M. ACC.		
055	M. ACC. CIRC.		

N.º G	GARANTÍAS Y CAPITALES ACCIDENTES
051	F. ACCTE
	INV. PTE
	REEMB. GASTOS SANITARIOS (LIMITADOS)
	REEMB. GASTOS SANITARIOS (LIMITADOS)

NOTAS ESPECIALES

DOCUM. ANEXA

CONFORME EMISIÓN	
------------------	--

**DECLARACIONES DE LA PERSONA A ASEGURAR**

Talla en Cms.: \_\_\_\_\_

¿Utiliza motocicletas de más de 250 c.c.? \_\_\_\_\_

Peso en Kgs.: \_\_\_\_\_

Deportes de práctica: \_\_\_\_\_ ¿En competición? \_\_\_\_\_

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

1. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o control médico? .....
2. ¿Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos diez años? .....
3. ¿Se encuentra dado de bajo por enfermedad o accidente? .....
4. ¿Padece alguna enfermedad o defecto físico? .....
5. ¿Ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente? .....
6. ¿Ha interrumpido su actividad laboral durante más de 15 días en los últimos 5 años? .....
7. ¿Utiliza preferentemente la mano izquierda? .....
8. ¿Padece VD. miopía superior a 7 dioptrías? .....
9. ¿Le exige su trabajo la utilización constante de máquinas o vehículos? .....

**Si ha contestado "Si" a alguna pregunta, detalle para cada caso el tipo de dolencia, fecha de iniciación, tipo de tratamiento o intervención y estado actual. ES MUY IMPORTANTE INDICAR LAS FECHAS:** \_\_\_\_\_

El presente cuestionario se ha cumplimentado en presencia de la persona a asegurar y recoge las respuestas que ésta ha dado a las preguntas en él formuladas. Manifiesta expresamente haber leído su contenido antes de firmarlo, siendo el mismo fiel reflejo de las contestaciones que ha dado. Asimismo la persona a asegurar declara que ha sido informada y conoce que las ocultaciones, reservas e inexactitudes en las respuestas podrán suponer la pérdida de parte o la totalidad de los derechos derivados del seguro.

En ..... a ..... de ..... de 200 .....

**Firma de la persona a asegurar**