

## SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES

### TOMADOR (persona que contrata)

D./Dña./Denominación Social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Correo-e: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nif/Cif/Pasaporte: \_\_\_\_\_

### PAGADOR (rellenar si no coincide con el Tomador)

D./Dña./Denominación Social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Nif/Cif/Pasaporte: \_\_\_\_\_

**En caso de domiciliación, es necesario que cumplimente la orden de domiciliación de adeudo incluida al final de esta solicitud.**

### ASEGURADO (rellenar si no coincide con el Tomador)

D./Dña. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Nif/Cif/Pasaporte: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL ASEGURADO

Actividad profesional que realiza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es usted zurdo? Sí  No

Trabajador por cuenta: Propia  Ajena

Trabajo manual Sí  NO

Trabaja en andamios/ exterior de edificios Sí  NO

Utiliza máquinas de corte, mordedura o presión Sí  NO

Maneja materiales corrosivos, explosivos o tóxicos Sí  NO

Maneja maquinaria industrial o agrícola Sí  NO

Conductor profesional de vehículos terrestres: Turismos  Otros

### DECLARACIONES DEL ASEGURADO

- El solicitante declara que no padece de sordera, ceguera y/o fuerte miopía (más de 12 dioptrías), que no está afectado de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, encefalitis letárgica, y/o cualquier lesión, enfermedad crónica, congénita o persistente, malformación, anomalía congénita o adquirida, invalidez, ya sea permanente o provisional.
- Conteste a las siguientes preguntas y, en caso de responder positivamente a alguna de ellas, por favor, aporte detalles indicando causa, fecha, duración y consecuencias.
  - ¿Tiene o ha tenido algún tratamiento médico o medicación especial?  
Sí  NO
  - ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene prevista alguna intervención?  
Sí  NO
  - ¿Ha tenido algún accidente?  
Sí  NO

### AMPLIACIONES A LAS DECLARACIONES DEL ASEGURADO

En caso de no poder afirmar la primera declaración contenida en el punto 1 del apartado anterior "DECLARACIONES DEL ASEGURADO", y/o contestar afirmativamente a alguna de las preguntas del punto 2 del apartado "DECLARACIONES DEL ASEGURADO", por favor, aporte detalles:

DETALLE (ENFERMEDAD, LESIÓN, ACCIDENTE) Indique tratamiento, secuelas y consecuencias	FECHA	DURACIÓN

## ACTIVIDADES DEPORTIVAS

¿Han de ser comprendidos en el seguro algunos de los riesgos siguientes, cuya garantía se encuentra excluida o exige sobreprima? (márquese con una X).

1.- ¿Practica, como profesional, algún deporte? Sí  NO

En caso afirmativo, indique cuál \_\_\_\_\_

2.- ¿Practica, como aficionado, con carácter **habitual** (\*), algún deporte? Sí  NO

En caso afirmativo, indique cuál \_\_\_\_\_

(\* Se entiende por práctica **habitual** cuando concorra alguno de los siguientes supuestos: a) La participación en competiciones, torneos, concursos, y/o eventos análogos, organizados por federaciones deportivas, clubs deportivos y/o similares, con independencia del tiempo dedicado a su práctica. b) La mera pertenencia, como asociado o estatus análogo a federaciones deportivas o entidades similares, con independencia del tiempo dedicado a su práctica.

¿Tiene contratada alguna otra póliza de seguro de accidentes individuales, de indemnización diaria o de gastos de asistencia médica?

Sí  NO

En caso afirmativo, indique compañía, garantía y capitales.

---

---

---

---

## BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de que el asegurado no haga expresamente una designación de beneficiarios, éstos serán los legalmente establecidos.

En caso de designación genérica como hijos, cónyuges o herederos, se considerará como beneficiarios a los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado.

En caso de designación específica, indique nombre, apellidos y documento de identificación personal.

Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios, la prestación se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga a favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario.

---

---

---

---

## GARANTÍAS A ASEGURAR

Elija un producto e indique los capitales que desea contratar:

Garantías	Producto	
	<input type="checkbox"/> ACCIDENTES	<input type="checkbox"/> ACCIDENTES PLUS
	Capital	Capital
<b>FALLECIMIENTO</b> Esta Garantía incluye: -ANTICIPO PARA GASTOS DERIVADOS DEL FALLECIMIENTO -DOBLE INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO EN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	<input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> Otro _____€	<input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> Otro _____€
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b> Esta Garantía incluye: -DOBLE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	<input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> Otro _____€	<input type="checkbox"/> 100.000 € <input type="checkbox"/> 50.000 € <input type="checkbox"/> 25.000 € <input type="checkbox"/> Otro _____€
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL</b> Esta Garantía incluye: -DOBLE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL EN ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	EXCLUIDA	
<b>GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA</b>	EXCLUIDA	<input type="checkbox"/> INCLUIR <input type="checkbox"/> EXCLUIR
<b>Indemnización diaria por INVALIDEZ TEMPORAL</b>	EXCLUIDA	<input type="checkbox"/> 60 € / DÍA <input type="checkbox"/> 45 € / DÍA <input type="checkbox"/> 30 € / DÍA <input type="checkbox"/> EXCLUIR
<b>INFARTO DE MIOCARDIO Y CEREBRAL</b>	<input type="checkbox"/> INCLUIR <input type="checkbox"/> EXCLUIR	<b>INCLUIDA</b>

Las cantidades aseguradas en las garantías de fallecimiento, invalidez permanente e infarto se revalorizan anualmente en función del Índice de Precios al Consumo.

Las comunicaciones que MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija, realice al tomador en relación a su póliza de seguro que tenga contratada con la Mutua, se efectuarán a la dirección de correo electrónico facilitado o designado por el tomador de la póliza.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>Responsable</b>	MUSAAT, Mutua de Seguros a Prima Fija NIF V-28865855, calle Jazmín nº66, 28033-Madrid, correo electrónico en materia de protección de datos personales: atencionlopd@musaat.es, correo electrónico de contacto con el Delegado de Protección de Datos: dpd@musaat.es
<b>Finalidad</b>	Suscripción y ejecución de un contrato de seguro; llevar a cabo el mantenimiento, desarrollo y control de la relación contractual; la gestión propia de la actividad aseguradora; la valoración y delimitación del riesgo; la prevención e investigación del fraude; la gestión de siniestros; cualesquiera otras obligaciones determinadas por la legislación aplicable. La información requerida es imprescindible para dicha finalidad
<b>Legitimación</b>	Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras
<b>Destinatarios</b>	Se prevé la cesión de sus datos personales a entidades y corporaciones del Grupo MUSAAT, así como a entidades aseguradoras, reaseguradoras, compañías de asistencia, peritos, abogados, procuradores y otras personas/entidades que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la tramitación de la póliza y de sus siniestros. De igual modo y cuando así lo requiera la ley, sus datos podrán ser cedidos al Órgano de la Administración competente, incluida la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano supervisor y de control de la actividad aseguradora, así como a organismos públicos relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude y del blanqueo de capitales. No hay previsión de transferencias a terceros países
<b>Derechos</b>	Le informamos de que puede ejercitar gratuitamente sus Derechos de Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición y Limitación al tratamiento de sus datos, así como a la portabilidad de los mismos y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Si usted desea ejercitar cualquiera de los derechos enunciados anteriormente, por favor, póngase en contacto con nosotros a través del siguiente correo electrónico: atencionlopd@musaat.es
<b>Información adicional</b>	Si desea más información sobre nuestra política de privacidad, consulte nuestra web: <a href="http://www.musaat.es/protecciondatos">www.musaat.es/protecciondatos</a>

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

EL SOLICITANTE,

Cumplimentar en caso de que el tomador sea una persona jurídica:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

CARGO:

SOCIEDAD Y SELLO:

