

Oficina

Ejecutivo comercial

 Cotización Emisión

Datos tomador

Nombre y apellidos

Núm. Identificativo

Hombre Mujer

Fecha de nacimiento

País de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Ocupación profesional actual (o anterior para jubilados)

Idioma de comunicación

Domicilio

Teléfono

Teléfono móvil

Población

Código postal

Provincia

Estudios:

Elementales Medios Superiores

e-mail

Datos bancarios:

Entidad: _____

Oficina _____

D.Control _____

Número Cuenta _____

Datos del asegurado

(Indicar cuando sea diferente al tomador. En caso de no indicarse, se considerará como asegurado al tomador)

Nombre y apellidos

Núm. Identificativo

Hombre Mujer

Fecha de nacimiento

País de nacimiento

Nacionalidad

NIF

Ocupación profesional actual (o anterior para jubilados)

Idioma de comunicación

Modalidad de contratación

 Renta mensual: 500 euros 1.000 euros 1.500 euros 2.000 euros 2.500 euros Capital (garantía opcional con un importe de 5 veces el importe de la renta mensual) Garantía de Asistencia

Antecedentes patológicos, terapéuticos y familiares

	Asegurado	Observaciones
Indique su talla y peso		
¿Es usted pensionista de la Seguridad Social o de algún régimen o sistema similar (MUFACE, ISFAS; SAAD, etc) o está en tramitación del mismo?		
¿Es o ha sido titular de una pensión de invalidez del 10% o superior? En caso afirmativo especifique la causa.		
¿En los últimos cinco años, ha sido hospitalizado durante diez días consecutivos o más? En caso afirmativo especifique la causa y el tipo de intervención.		
¿Durante los últimos cinco años ha recibido algún tratamiento médico de duración superior a 3 semanas (medicación, fisioterapia, psicoterapia, otros)? En caso afirmativo especifique cuáles.		
¿Va a someterse próximamente exámenes médicos, tratamiento médico, una intervención quirúrgica, o va a ser hospitalizado? En caso afirmativo especifique cuál.		

En _____ a _____ de _____ de 200_____

En cumplimiento a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos por Vd. facilitados serán incorporados a un fichero donde se conservarán bajo las más estrictas medidas de seguridad y confidencialidad con el objeto de realizar el tratamiento por parte de UNIBROK XXI Correduría de Seguros, S.A. y con la finalidad de controlar los servicios económico-financieros y de seguros prestados por la empresa, así como, hacerle llegar ofertas o informaciones que puedan ser de su interés por cualquier medio, incluido el correo electrónico y/o medio equivalente. Por este motivo, le rogamos nos comunique cualquier cambio o modificación que pudiera producirse respecto de sus datos con el fin de mantenerlos actualizados.

Al entrar voluntariamente sus datos, usted CONSIENTE EXPRESAMENTE su tratamiento por parte de UNIBROK XXI, así como aquellas cesiones que sean necesarias para el mantenimiento de la relación pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición aportando una fotocopia de su DNI y dirigiéndose a nuestras oficinas, en Travessera de Gràcia, nº 11, 4ª planta, 08021 Barcelona.

Solicito cotización riesgo

Solicito emisión póliza

Firma del solicitante

Firma del solicitante