

Enfermedades Graves Plus

Gracias por confiar en MetLife para asegurar su calidad de vida y la de su familia.



Para completar su seguro necesitamos conocer sus características personales y de salud. Por favor, lea cuidadosamente las preguntas de esta solicitud y complete las 3 secciones:

1. Datos personales y del seguro a contratar
2. Datos de salud
3. Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

2. Datos del Tomador (Cumplimentar sólo si el Tomador es una persona distinta del Asegurado)

Es condición esencial para la contratación del seguro que el tomador del seguro sea residente en España.

Domicilio Principal			
Código Postal	Localidad	Provincia/País	
Domicilio Secundario			
Código Postal	Localidad	Provincia/País	
E-mail	Teléfono Móvil		
Teléfono Fijo	Parentesco / Relación Asegurado		
Actividad			
País de Residencia Fiscal	En caso de España, provincia	Nº Identificación Fiscal	
1			
2			
3			

El Tomador deberá comunicar a la Entidad Aseguradora cualquier cambio en su residencia fiscal en el plazo de 30 días desde que ésta se produzca.

3. Designación de Beneficiarios (Indique si son "en defecto de", "a partes iguales" o cualquier otra fórmula que desee)

Asegurado	<input type="checkbox"/>	
Otros	<input type="checkbox"/>	

4. Datos Bancarios (Todos los recibos se cobran por domiciliación bancaria, no siendo necesario hacer ningún pago en metálico)

Códigos: Banco / Caja		Sucursal		D.C.		Núm. Cuenta	
Banco / Caja							
Domicilio							
Código Postal	Localidad	Provincia/País					

5. Seguro Solicitado

Fecha de Efecto:	/	/	Forma de Pago	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual
Capital:	<input type="checkbox"/> 30.000€	<input type="checkbox"/> 45.000€	<input type="checkbox"/> 60.000€	Prima Neta:			

Edad	Capital 30.000€				Edad	Capital 45.000€				Edad	Capital 60.000€			
	A	S	T	M		A	S	T	M		A	S	T	M
15 - 34	89,60€	45,70€			15 - 34	124,40€	63,44€	32,03€		15 - 34	159,20€	81,19€	40,99€	
35 - 44	242,60€	123,73€	62,47€		35 - 44	353,90€	180,49€	91,13€	30,97€	35 - 44	465,20€	237,25€	119,79€	40,71€
45 - 54	516,80€	263,57€	133,08€	45,22€	45 - 54	765,20€	390,25€	197,04€	66,96€	45 - 54	1.013,60€	516,94€	261,00€	88,69€

6. Declaración de Salud del Asegurado (Si fuera necesario, amplíe sus respuestas en una hoja anexa, firmada por el Asegurado)

Nombre y apellidos del Asegurado

		Sí	No
1.	Estatura <input type="text"/> cms Peso <input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Ha variado de peso en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Fuma? En caso afirmativo, número de cigarrillos al día:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<p>¿Ha sido diagnosticado o ha estado tratado o está tratándose de alguna de las enfermedades siguientes? Si alguna de las respuestas es afirmativa, facilite información detallada</p> <p>a) Cáncer, tumor, pólipo, quistes, o cualquier enfermedad de tipo maligno</p> <p>b) Infarto de miocardio, angina de pecho, soplo de corazón, fiebre reumática, hipertensión arterial, colesterol anormalmente elevado o cualquier enfermedad respiratoria o cardíaca</p> <p>c) Diabetes, o disfunción renal</p> <p>d) Hepatitis o cualquier disfunción del hígado, páncreas, estómago o intestinos</p> <p>e) Problemas respiratorios crónicos</p> <p>f) Ataques de apoplejía, parálisis, vértigo, pérdida de consciencia, síncope, epilepsia u otras afecciones de tipo nervioso</p> <p>g) Enfermedades de tipo mental o psiquiátrico, ansiedad, depresión</p> <p>h) ¿Ha consumido o consume algún tipo de drogas o estupefacientes y/o ha tenido o tiene problemas derivados del consumo de alcohol?</p> <p>i) Afecciones de la vista u oído (salvo uso de lentes correctoras y gafas)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<p>¿Se encuentra Vd. pendiente de someterse a pruebas médicas o esperando los resultados de las mismas?</p> <p>¿Está siguiendo en la actualidad algún tratamiento médico?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Ha consultado a un médico en los tres últimos años por un motivo que no sea un chequeo rutinario o una enfermedad menor como gripe, resfriado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Ha sido hospitalizado en este periodo de tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Alguna vez le han denegado la contratación de un Seguro de Salud, Accidentes o Vida por motivos de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<p>¿Tiene más de un familiar en 1er grado, que antes de cumplir 60 años, padezca o haya padecido alguna de las enfermedades mencionadas en la pregunta cuatro de este cuestionario?</p> <p>Si ha contestado afirmativamente a alguna pregunta, por favor, facilite los detalles:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aproveche este espacio para facilitar información detallada sobre las respuestas afirmativas del cuestionario

De conformidad con la legislación vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al interesado que presta su consentimiento libre, específico e inequívoco para la incorporación y tratamiento automatizado de sus datos personales, incluidos datos de salud en los ficheros de MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España con la finalidad de realizar la valoración del riesgo y, en caso de contratación, para la propia gestión de su contrato de seguro. Del mismo modo, se informa de que todos los datos personales solicitados son obligatorios, a excepción de aquellos en los que expresamente se indique lo contrario, de tal forma que, la negativa a suministrarlos supondrá la imposibilidad de celebrar el contrato de seguro. Esta información podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como a personas o Entidades por razones de análisis de riesgos, de investigación de siniestros, por razones de coaseguro o de reaseguro. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad de los datos en la sede de la Compañía aseguradora mediante el envío de un escrito al Dpto. de Protección de Datos de MetLife, Avda. de los Toreros, 3 28028 - Madrid, adjuntando una copia de su Documento de Identidad. Le informamos que los datos personales proporcionados serán tratados por los responsables mientras dure la prestación por Ud. contratada, y que una vez finalizada la relación se mantendrán bloqueados durante diez años, quedando sólo a disposición de Jueces y Tribunales, de conformidad a la normativa vigente. Igualmente le informamos que tiene derecho a retirar el consentimiento otorgado para el tratamiento de sus datos en cualquier momento, enviando un correo electrónico a datospersonales@metlife.es, o bien un escrito a la dirección arriba indicada. Del mismo modo, cuando el interesado considere que MetLife ha vulnerado los derechos que le son reconocidos por la normativa aplicable en protección de datos, podrá reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Sin perjuicio de ello, el interesado podrá ponerse en contacto con el delegado de protección de datos de MetLife, cuyos datos de contacto son datospersonales@metlife.es

- Consiento** mediante la firma del presente contrato, otorgo mi consentimiento expreso, inequívoco, específico e informado al tratamiento de mis datos de carácter personal en los términos anteriormente expuestos.
- Consiento** el tratamiento de mis datos de salud con la finalidad de llevar a cabo la valoración del riesgo de mi solicitud, así como el cumplimiento y desarrollo de la relación contractual derivada de la póliza.

Declaro que las respuestas anteriores son ciertas y exactas y que no he ocultado antecedentes o dolencia alguna distinta de las consignadas en el cuestionario anterior y consiento en que dichas respuestas constituyan la base para la selección del riesgo. Asimismo, autorizo a la Entidad Aseguradora MetLife Europe d.a.c. Sucursal en España a obtener informes de los médicos o instituciones sanitarias que me hayan atendido, y acepto expresamente someterme a las pruebas médicas necesarias con mi firma en este documento para determinar con exactitud mi estado de salud, con el compromiso de confidencialidad. Asimismo conozco y acepto que toda reserva o falsedad en los datos de esta solicitud, supondrá la rescisión del contrato (Art. 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro).

El Tomador, durante toda la vigencia del Seguro, se compromete a facilitar información a la Entidad Aseguradora sobre cualquier cambio de residencia fiscal que pueda producirse. La Entidad Aseguradora podrá solicitar un documento oficial donde se certifique la residencia fiscal del Tomador, Asegurado y/o los Beneficiarios.

El Asegurado/Tomador, con su firma en el presente documento autoriza a la Entidad Aseguradora a analizar y valorar la presente solicitud a los fines de emitir el Seguro con las condiciones y coberturas que procedan en base a tal valoración. Cualquier variación respecto de la solicitud será reflejada en las Condiciones Particulares a los fines del ejercicio del derecho de cancelación que le asiste. Asimismo autoriza a la Entidad Aseguradora a realizar comunicaciones con el Asegurado/Tomador utilizando los datos indicados relativos a dirección postal y electrónica. Igualmente autoriza a atender los recibos que presentara para su cobro la Entidad Aseguradora MetLife Europe d.a.c. Sucursal en España con cargo a la cuenta indicada.

El deudor autoriza expresamente a que la Entidad Aseguradora le comunique con un plazo inferior a 14 días la prenotificación sobre los datos de la domiciliación de la prima de su Seguro.

Firma del Asegurado: (*)

Firma del Tomador: (*)
(Persona física)

Firma y sello del Tomador: (*)
(Persona jurídica)

Firma del Mediador: (*)

(*) Se ruega procedan a firmar el presente Documento conforme a la firma que figure en su Documento de Identidad.

Fecha de Solicitud:

Es condición esencial para la contratación del Seguro que el Tomador sea residente en España.



Exploremos la vida juntos

www.metlife.es

MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España
Avenida de los Toreros, 3
28028 Madrid

900 201 040 | clientes.spain@metlife.es

metlife.es

Síguenos en  



Exploremos la vida juntos

EM-112 | 10/2018

MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España es una Compañía del Grupo MetLife • Avda. de los Toreros, 3 - 28028 Madrid • CIF: W-0072536-F • Tlf: 900 201 040
MetLife y su logotipo son marcas registradas de Metropolitan Life Insurance Company y sus filiales. © 2018 MetLife, Inc. Todos los derechos reservados.