

Associate Zurich Vida Complet



ZURICH®

Solicitud de Seguro

Nº Prepóliza Nº Póliza

NOTA: En las contestaciones señalar con X lo que proceda y en las sí no señalar con un círculo. Las zonas sombreadas están reservadas a la Compañía.

Efecto <input type="text"/>	Duración <input type="text"/> Años	Forma de pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	Opción <input type="text"/>
Mediador productor <input type="text"/>			

Datos del Tomador (Cumplimentar si es distinto del Asegurado)

Apellidos y nombre	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>	N.º	<input type="text"/>
Código postal	Población	<input type="text"/>	Teléfono
N.I.F./C.I.F./NIE	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

Datos del Asegurado

Apellidos y nombre	<input type="text"/>		
Domicilio	<input type="text"/>	N.º	<input type="text"/>
Código postal	Población	<input type="text"/>	Teléfono
Fecha nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H	Estado Civil	<input type="text"/>
Actividad profesional que realiza	<input type="text"/>	Deporte que practica	<input type="text"/>
		NIE/N.I.F.	<input type="text"/>

Domiciliación Bancaria

Entidad	<input type="text"/>	Sucursal	<input type="text"/>	Dígitos control	<input type="text"/>	Cuenta corriente/ Libreta	<input type="text"/>
---------	----------------------	----------	----------------------	-----------------	----------------------	------------------------------	----------------------

Beneficiarios

En caso de fallecimiento del Asegurado

En caso de Invalidez Absoluta y Permanente: El propio asegurado

Garantías a Contratar

Garantía principal

Fallecimiento

Garantías complementarias

- Fallecimiento por accidente
- Fallecimiento por accidente circulación
- Incapacidad permanente y absoluta
- Incapacidad por accidente
- Incapacidad por accidente circulación
- Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual.

Capitales

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

El capital máximo a contratar en las garantías de Fallecimiento y complementarias es de 300.000 € excepto para la garantía de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, en la que el capital máximo será de 200.000 € hasta los 55 años del asegurado, reduciéndose en 20.000 € por año a partir de entonces.

Revalorización de los capitales:

- No revalorizable Revalorizable acumulativo según I.P.C. % Revalorizable acumulativo anual (indicar el porcentaje - Máx. 4%)

En caso de amortización de Préstamo:

Entidad	<input type="text"/>	Nº Préstamo	<input type="text"/>	Interés Préstamo	<input type="text"/>	%	Periodicidad Amortización:	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Trimestral
								<input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual

Certificado de garantía de devolución de Zurich Vida: A partir de la recepción de mi contrato dispondré de 1 mes para estudiar sus condiciones generales y particulares. Si no me satisface plenamente, podré anularlo con sólo devolverlo en ese plazo indicando "Anulado". La póliza que se emitirá de esta Solicitud, no entrará en vigor hasta el pago de la primera prima, cuyo importe deberá ser abonado por domiciliación bancaria.

Dirección de Correspondencia: Aribau, 197 bajos – 08021 Barcelona.

Ejemplar para la Compañía

Zurich Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –Sociedad Unipersonal–, N.I.F.: A-08168213

Domicilio Social: Calle Santa Leonor, 57, con vuelta a Calle Julián Camarillo, 29, Madrid. Registro Mercantil de Madrid, Tomo 16.325, Libro 0, Folio 184, Sección 8, Hoja M-126243, Inscripción 125.

Declaración de salud del Solicitante

Indicar profesión y específicamente el tipo de actividad que realiza

Responder SI o NO a las siguientes preguntas	En caso de respuesta afirmativa cumplimentar las siguientes preguntas
¿Ha estado o está de baja laboral durante más de 2 semanas en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Indique el motivo, en que fecha y duración <input style="width: 100%;" type="text"/>
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o accidente que haya motivado solicitud o reconocimiento de Incapacidad o Minusvalía? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Indique motivo y fecha <input style="width: 100%;" type="text"/>
¿Ha acudido a visita médica en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Indique motivo y fecha <input style="width: 100%;" type="text"/>
¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad que haya precisado ingreso hospitalario? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Indique tipo de enfermedad o accidente y sus consecuencias o secuelas <input style="width: 100%;" type="text"/>
¿Presenta o ha presentado algún tipo de alergia? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Indique a qué y tipo de alergia <input style="width: 100%;" type="text"/>

¿Es Ud. fumador? Sí No Nº Cigarrillos/día

Talla cms. Peso kgs. Presión arterial: máxima mínima

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, cumplimentar la declaración de salud que figura a continuación:

Para capitales superiores a 120.000 Euros

Responder SI o NO a las siguientes preguntas	En caso de respuesta afirmativa cumplimentar las siguientes preguntas
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del aparato digestivo o respiratorio? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna afección de las cuerdas vocales? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna afección cardíaca o del aparato circulatorio? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Toma habitualmente alguna medicación? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Para qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad renal o de las vías urinarias? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Tiene azúcar en la sangre y/o diabetes o padece anemia? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Tratamiento? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la vista? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
Si usa gafas o lentillas, indicar:	Causa <input style="width: 100%;" type="text"/> Graduación O.D. <input style="width: 50px;" type="text"/> O.I. <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de los oídos? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece algún tipo de enfermedad reumática o de la columna vertebral? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la piel? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad psíquica o del sistema nervioso? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad? <input style="width: 100%;" type="text"/> Año <input style="width: 50px;" type="text"/>

El Tomador y/o Asegurado declara que son exactas las respuestas que contiene la presente Solicitud/cuestionario de seguro, siendo responsable de las inexactitudes del mismo, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, obligándose a comunicar a la Entidad Aseguradora cualquier variación que se produzca durante la vigencia del seguro. Igualmente reconoce haber recibido con anterioridad a la celebración del contrato toda la información requerida en el artículo 107 y concordantes del R.D. 2486/1998. **Protección de Datos Personales:** Los datos de carácter personal se incluirán en ficheros de las entidades Zurich España, Zurich Vida y Aide Asistencia, la finalidad de los cuales es la oferta, perfección, mantenimiento y control del contrato de seguro así como la realización de estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, la gestión del coaseguro en su caso y la prevención del fraude. La declaración de sus datos es voluntaria aunque necesaria para el funcionamiento de la relación contractual. En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad contratante correspondiente, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Vía Augusta 200, 08021-Barcelona. Asimismo sus datos serán utilizados para el ofrecimiento de productos o servicios por parte de las entidades Zurich España, Zurich Vida y Aide Asistencia u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados, así como para el envío de información sobre los productos, bienes o servicios que comercialicen otras entidades y que, de acuerdo con los datos que nos ha facilitado, mejor se ajusten a su perfil y necesidades. En caso que desee manifestar su negativa al uso de sus datos con tal finalidad puede hacerlo a través de la dirección de correo electrónico zurichlloyd@zurich.com. Para todo lo anterior el solicitante manifiesta expresamente su consentimiento.

En	a de	de	
Por el Mediador	El Tomador	El Asegurado solicitante (Si es distinto del Tomador)	
Rellenar todos los datos por el Asegurado / Tomador, fecha y firma.			
Observaciones <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
<small>El Tomador y/o Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 107 del R.D. 2486/1998 de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, reconoce que con anterioridad a la perfección del Contrato ha sido informado por escrito de todas las circunstancias necesarias para tener un conocimiento preciso de las garantías, primas, derechos, obligaciones y bases de cálculo utilizadas para la determinación de las prestaciones, según lo previsto en los artículos 104 y 105 de la citada norma (Pág. 3/3).</small>			
Fecha de la recepción de la Nota Informativa:..... de..... de.....			El Tomador

Nota Informativa Seguro de Vida Individual

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, del 8 de octubre de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre), por las modificaciones introducidas por el Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de 239/2007 de 16 de febrero, por los que se modifica el Reglamento que la desarrolla, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de dicho Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos como parte adicional a las Condiciones Particulares. No requieren dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

El Estado al que corresponde el control de la actividad de la aseguradora es España y la autoridad, órgano de control, es la Dirección General de Seguros y Pensiones.

Defensa del cliente: En el ejercicio de los derechos y obligaciones que se derivan de la Póliza de Seguro pueden surgir discrepancias entre el Asegurador y los titulares de los diferentes derechos reconocidos. Zurich Vida, de conformidad con lo establecido en la Orden ECO 734/2004, dispone de un sistema de protección de los intereses y derechos del Cliente que les permite obtener una resolución motivada e independiente sobre las quejas y reclamaciones que presenten en caso de disconformidad con la actuación o decisiones de la Aseguradora.

El sistema permite al cliente presentar sus reclamaciones ante dos instituciones diferentes:

Servicio de Atención al Cliente: Es un Servicio de la propia entidad, cuyas funciones serán la atención y resolución de las quejas y reclamaciones que sean formuladas por los clientes frente a Zurich Vida. Pese a ello, opera con total autonomía frente a los restantes servicios comerciales u operativos de la organización. Las resoluciones de este Servicio son plenamente aceptadas por la Entidad.

Dirección: Julián Camarillo, 29 de Madrid. Dirección electrónica: www.zurichspain.com.

Correo electrónico: atencioncliente-es@zurich.com

Defensor del Cliente: El Defensor del Cliente es una persona independiente para atender las reclamaciones que se formulen por los clientes de Zurich Vida en el ámbito de competencias que se le otorgan. Correo electrónico: pbabogados@telefonica.net

Las normas de actuación y competencias de ambas instituciones están recogidas en el Reglamento para la Defensa del Cliente de Zurich Vida cuyo texto está a disposición de los usuarios en cualquiera de nuestras oficinas o en el Área de Clientes de la dirección electrónica <http://www.zurichspain.com/>

En las competencias comunes, el Defensor del Cliente y el Servicio de Atención al Cliente no actuarán como segunda instancia uno respecto del otro. La intervención o resolución dictada en una reclamación por el Servicio de Atención al Cliente o Defensor del Cliente excluirá la intervención o la posibilidad de admisión por parte del otro.

El Cliente puede presentar su queja o reclamación por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, y éstos disponen del plazo máximo de dos meses, a contar desde su presentación, para emitir un pronunciamiento motivado sobre las cuestiones trasladadas. Transcurrido el plazo antes citado sin que el Servicio de Atención al Cliente o Defensor del Cliente hayan dictado la pertinente Resolución, o en el supuesto de que ésta no satisfaga las pretensiones del reclamante, el Cliente podrá trasladar los motivos de su reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sita en el Paseo de la Castellana nº 44 de Madrid (28046).

Con independencia de lo antes indicado, las partes del Contrato de Seguro pueden ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales a cuyo efecto será competente el Juez del domicilio del Tomador, si éste reside en España. En caso contrario, el Asegurado deberá designar uno dentro del territorio español.

Usted: Es el Tomador del Seguro, la persona física que ha solicitado y suscrito el Contrato con Nosotros. Usted asume las obligaciones derivadas del Contrato.

Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se concierne el Seguro. Normalmente será Usted mismo, aunque, como Tomador, puede designar otra persona como Asegurado en el momento de la contratación del Seguro.

Beneficiario: Es la persona física o la persona jurídica, titular del derecho o de la indemnización y será Usted mismo o quien Usted designe.

Nosotros: Somos Zurich Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Sociedad Unipersonal, con C.I.F. A-08168213 y domicilio social en Madrid, Calle Santa Leonor, 57, con vuelta a Calle Julián Camarillo, 29, que asume el riesgo contractualmente pactado.

Edad actuarial: Es la edad que sirve de base para el cálculo de su Prima de Seguro. Ésta es su edad actual o, si han transcurrido más de seis meses entre su último cumpleaños y la fecha de efecto de su Póliza, se le sumará un año más a su edad actual.

Objeto del Seguro:

Se trata de un Seguro de Vida Individual Temporal Anual Renovable.

Por el presente Contrato, Nosotros nos obligamos a pagar al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares:

- A) En caso de Fallecimiento del Asegurado: El capital garantizado indicado en las Condiciones Particulares. Si el Fallecimiento fuera por Accidente y tuviera contratada esta garantía, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Si fuera por Accidente de Circulación, y para ello debe haber contratado la garantía de Fallecimiento por Accidente, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Asimismo, en caso de haber contratado la garantía de Fallecimiento por Accidente de Circulación, y si en el mismo accidente falleciera el Asegurado y su cónyuge o pareja de hecho existiendo en ese momento hijos comunes menores de 18 años o mayores incapacitados legalmente, se duplicaría la prestación garantizada por esta garantía que les pudiera corresponder como Beneficiarios con un límite máximo entre todos los beneficiarios de 200.000.-euros.
En caso de Enfermedad Terminal tal como figura definido en las Condiciones Especiales del Seguro Principal, se anticiparía el capital garantizado para la garantía de fallecimiento hasta un máximo de 480.000.- euros.
- B) En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado: En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado y siempre que se tuviera contratada esta garantía, pagaremos el capital garantizado indicado en las Condiciones Particulares. Si la Incapacidad fuera por Accidente y tuviera contratada esta garantía, y para ello debe haber contratado la Incapacidad Permanente y Absoluta, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Si fuera por Accidente de Circulación, y tuviera contratada esta garantía, y para ello debe haber contratado la de Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares.
- C) En caso de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual del Asegurado: En caso de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual acaecida al Asegurado una vez transcurrido el período de carencia indicado en las Condiciones Especiales de dicho seguro complementario, y siempre que se haya contratado esta garantía, pagaremos el capital garantizado indicado en las Condiciones Particulares. El capital máximo asegurable de esta garantía es de 200.000 euros, que se verán reducidos en 20.000 euros por cada anualidad de seguro que exceda de aquélla en la cual el Asegurado cuenta con 55 años de edad actuarial.

A, B y C son excluyentes entre sí, por lo que, una vez realizado el pago de una de ellas, la póliza se anulará, excepto en los casos de Enfermedad Terminal en los términos descritos en las Condiciones Especiales de las garantías respectivas, si el capital garantizado es inferior al de Fallecimiento, en cuyo caso la póliza se mantendrá en vigor por el importe de capital garantizado de fallecimiento no anticipado.

Riesgos excluidos:

- * Suicidio: Durante el primer año de vigencia del Contrato no estará cubierta la muerte del Asegurado causada consciente y voluntariamente por él mismo.
- * Aviación: Siempre que no vaya como pasajero de líneas regulares comerciales, charter o, en general en aparatos civiles provistos de certificado de vuelo debidamente autorizado.
- * Causados en conflictos armados, haya precedido o no declaración de guerra.

Además, quedan excluidos todos los recogidos en el artículo 3 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Incapacidad Permanente y Absoluta, Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente, Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente de Circulación, Fallecimiento por Accidente, Fallecimiento por Accidente de Circulación y en el artículo 4 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual.

Toma de efecto del Contrato y Duración: La póliza entra en vigor en la fecha pactada y una vez que la misma ha sido firmada por ambas partes y la prima haya sido cobrada.

El Seguro pertenece a la modalidad Temporal Anual Renovable, con una duración de un año, renovándose de forma tácita por periodos anuales hasta la duración máxima indicada en las Condiciones Particulares. Las partes pueden oponerse a la prórroga del Contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

Asimismo, el Asegurador podrá condicionar la prórroga del Contrato a una nueva tarifa de primas, mediante idénticas condiciones de notificación que las expresadas en el párrafo anterior.

Modalidades y plazo para el ejercicio del derecho de resolución: A partir de la recepción del Contrato, Usted tendrá la facultad de resolverlo dentro de los 30 días siguientes a dicha recepción, debiendo ejercitar este derecho por escrito y comunicárnoslo en el plazo indicado, produciendo efecto desde el día de su expedición, en la que cesará la cobertura de riesgo. La resolución del Contrato dará lugar al reintegro de la prima pagada por Usted como Tomador, menos la parte consumida de la prima de riesgo.

En un Contrato de seguro individual contratado a distancia, Usted dispondrá de un plazo de 30 días naturales para desistir del contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna. El plazo para ejercer el derecho de desistimiento comenzará a correr a partir de la fecha en la que se le informe de que el Contrato se ha celebrado, o a partir del día en que Usted reciba las condiciones contractuales. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por nuestra parte, y Usted tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el Contrato hubiera tenido vigencia.

Declaraciones falsas o inexactas: En caso de falsedad o inexactitud en las declaraciones efectuadas por Usted o el Asegurado que sirvieron como base para que Nosotros aceptásemos el riesgo, se estará a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

Toma de efecto del Seguro: La póliza entra en vigor en la fecha y hora indicada en las Condiciones Particulares siempre y cuando Usted nos haya pagado el correspondiente recibo de Prima.

Pago de la Prima: Es anual y se pagará por anticipado, pudiendo fraccionarse en semestres, trimestres o meses.

Pago de prestaciones: Usted o sus Beneficiarios deberán comunicarnos su derecho a percibir la prestación garantizada por este Contrato dentro de un plazo máximo de siete días a partir del momento de haber conocido tal circunstancia. Para hacer efectivo el cobro del citado importe, deberán presentar en Zurich Vida la relación de documentos recogidos en el artículo 6 de las Condiciones Generales. En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado o Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, nos remitimos al artículo 2 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario contratado. En caso de Enfermedad Terminal, nos remitimos al artículo 1 de las Condiciones Especiales del Seguro Principal.

Una vez recibida la documentación, Nosotros, en el plazo máximo de cinco días pagaremos o consignaremos la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

Impuestos y recargos: En su caso, los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban pagarse por razón de este Seguro, serán a cargo de Usted como Tomador, del Asegurado o del Beneficiario del Contrato.

Fiscalidad: El pago de las prestaciones que puedan derivarse del Contrato, así como las retenciones que proceda efectuar sobre las mismas, estarán sujetas a tributación por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, siempre que no proceda su sujeción al Impuesto de Sucesiones y Donaciones, de conformidad con lo establecido en las Leyes reguladoras de dichos Impuestos y sus normas complementarias.