

Solicito a Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. la emisión del Seguro de Vida en base a las declaraciones contenidas en la solicitud, cuestionario y declaración del asegurado.

Mediador **MAINLY HEALTH PLANS** Tipo de mediador **AGENCIA VINCULADA** Código **A193310031**

SOLICITANTE - TOMADOR

Apellidos, nombre _____ DNI/NIF _____
 Domicilio _____ Código Postal _____
 Población _____ Provincia _____ Teléfono _____

ASEGURADO

Apellidos, nombre _____ DNI/NIF _____
 Domicilio _____ Código Postal _____
 Población _____ Provincia _____ Teléfono _____
 Profesión _____ Fecha de nacimiento _____
 Lugar de nacimiento _____ Sexo _____ Estado civil _____

BENEFICIARIOS (DESIGNACIÓN)

Beneficiario principal - Entidad prestamista: _____
 Beneficiarios adicionales: _____

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta	Firma

SEGURO SOLICITADO

Modalidad _____ Vencimiento _____ Duración _____
 Efecto del seguro _____ Forma de pago _____
 Amortización del préstamo Lineal Decreciente
 Tipo de interés _____

DATOS DEL PRÉSTAMO

Entidad prestamista _____ Número de préstamo _____ Duración del préstamo _____

GARANTÍAS SOLICITADAS Y CAPITALES

GARANTÍAS	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE
Capitales	_____	_____

PÓLIZA ASOCIADA

¿Tiene algún otro titular del préstamo un seguro Liberty Amortización? Sí No
 Número de póliza asociada _____ DNI/NIF titular póliza asociada _____

PRIMAS

Prima neta _____ Recargo por fraccionamiento _____
 Impuestos - Recargos _____ Prima total _____ Incremento anual de prima _____

El solicitante-tomador y el asegurado responden de la veracidad de las respuestas reseñadas anteriormente, que servirán de base, en su caso, para la fijación de la prima y aceptación de las garantías solicitadas. Asimismo declaran que no omiten circunstancias que puedan influir en la apreciación del riesgo. Liberty Seguros se reserva el derecho de aceptar o no el riesgo cuya cobertura se solicita.

Extiende la solicitud-cuestionario en _____
 El solicitante - tomador _____ El asegurado _____ El mediador _____

Mediante la firma de la presente solicitud, el tomador del seguro reconoce expresamente que ha recibido una Nota Informativa previa que incluye lo dispuesto en los artículos 104, 105 y 106 del vigente Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, así como la información a que se refieren los artículos 42 y 43 de la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
 Los datos personales que se recogen en esta solicitud de seguro, son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener la relación contractual, no siendo posible sin los mismos la formalización y mantenimiento de la citada relación contractual. Dichos datos serán incluidos en los ficheros cuyo responsable es LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., CIF A-48037642, C/ Obenque 2, 28042 Madrid, ante el cual el interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y su normativa de desarrollo. En caso de incluirse en este documento, datos de personas físicas distintas del tomador, este declara haber informado previamente a tales personas de los anteriores extremos.
 El tomador y el asegurado consienten expresamente que dichos datos (incluidos los datos de salud) así como los que posteriormente faciliten y aquellos a los que el asegurador pueda tener acceso como consecuencia de la ejecución del contrato de seguro sean tratados por el asegurador y cedidos a otras Entidades aseguradoras u Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadístico-actuariales, de prevención de fraude, y por razones de reaseguro y coaseguro, así como para facilitar la tramitación de siniestros. Asimismo, el asegurado autoriza a cualquier médico, personal auxiliar y centros sanitarios, a facilitar al asegurador, la información que éste pudiera precisar (incluidos datos de carácter personal relativos a su salud), para el cumplimiento por el asegurador de la relación contractual a que se refiere este documento.
 El tomador autoriza expresamente al asegurador, para que pueda tratar, y mantener incluso una vez cancelado el contrato de seguro, o aunque no llegara a emitirse dicho contrato, su datos personales, a fin de remitirle comunicaciones comerciales por cualquier medio, incluido el correo electrónico o cualquier medio de comunicación equivalente sobre productos de seguro y financieros propios del asegurador, o de cualquier otra entidad, relativos al sector financiero (seguros, previsión social) así como para cederlos con el mismo fin a la aseguradora Génesis Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal, con domicilio en Madrid (28042), Paseo de las Doce Estrellas 4.
 Si no desea recibir la información a que se refiere el párrafo anterior, marque la siguiente casilla . La negativa a autorizar este último tratamiento no impedirá la realización de esta solicitud.
 El mediador manifiesta con su firma en la presente solicitud que la fotocopia del DNI/NIF, acreditativa de la identidad del tomador de la póliza, coincide con el original.

<http://mainlyhealthplans.tel>

