



Solicitud de Seguro LIBERTYVIDA MODULAR

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 S.L.** Tipo de mediador **AGENCIA VINCULADA** Código **A193310031**

MÓDULOS Y COBERTURAS

COBERTURAS	A	B	C
Fallecimiento	60.000 €	60.000 €	60.000 €
Invalidez Absoluta y Permanente	60.000 €	60.000 €	60.000 €
Capital Adicional Fallecimiento por Accidente		60.000 €	60.000 €
Capital Adicional Fallecimiento por Accidente de Circulación		60.000 €	60.000 €
Capital Adicional Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente		60.000 €	60.000 €
Capital Adicional Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación		60.000 €	60.000 €
Capital Anticipado por Enfermedades Graves			30.000 €

Anticipo ayuda inmediata en caso de fallecimiento de 3.000 €

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

Para invalidez y/o enfermedades graves

Para fallecimiento

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta	Firma

SEGURO SOLICITADO

Producto	TEMPORAL ANUAL RENOVABLE	Duración	ANUAL PRORROGABLE
Modalidad/Coberturas	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	Forma de pago	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral
Prima Total Anual	Prima Fraccionada		

El asegurado declara encontrarse en perfecto estado de salud, no padecer ninguna incapacidad o defecto físico y tener plena capacidad de trabajo. El solicitante tomador responde de la veracidad de las respuestas realizadas anteriormente, que servirán de base, en su caso, para la fijación de la prima y aceptación de las garantías solicitadas. Asimismo declara que no omite 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.

Extendida 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 109 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 28/2003 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros privados.

Los datos personales que se recoge 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-48037842, C/ Obispo 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 18 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 coaseguro, así como para facilitar la transmisión 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 incluido una vez concluido el contrato de seguro, a aunque no llegara a emitirse dicho contrato, su datos personales, a fin de remitirlos 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 cedérselos 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/NIE, acreditativa de la identidad del tomador de la póliza, coincide con el original.

Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Domicilio Social: Obispo 2, 28042 - Madrid. R.M. de Madrid, T. 21.275, L.O. E. 23, S. S. H. M-377.257, I. 15 - C.I.F.: A-48/037842.

<http://mainlyhealthplans.te1>



Solicitud de Seguro LIBERTYVIDA MODULAR

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

A. QUESTIONARIO

Profesión _____ Especifique su actividad _____

Tipo de empresa _____ Actividades peligrosas dentro o fuera de su profesión _____

¿Practica algún deporte o actividad peligrosa? Sí No ¿Cuál? _____ Frecuencia _____

¿Tiene usted algún seguro de vida? Sí No

Capital, modalidad y compañía _____

¿Tiene en la actualidad alguna solicitud de seguro pendiente o en suspenso? Sí No

Capital, modalidad y compañía _____

¿Le ha sido rechazada o aplazada alguna solicitud de Seguro de Vida? Sí No

¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Ha viajado o piensa viajar fuera de la U.E.? Sí No ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Qué tipo de motocicleta o ciclomotor utiliza? No utiliza motocicleta o ciclomotor de más de 125 c.c.
 Utiliza motocicleta o ciclomotor de entre 126 c.c. y 250 c.c.
 Utiliza motocicleta de más de 250 c.c.

B. DECLARACIÓN DE SALUD

Peso _____ kg Talla _____ cm. Tensión arterial _____

¿Fuma o ha fumado Usted durante los últimos 24 meses? (cigarillos, puros, pipa, etc.) Sí No

¿Cuánto diariamente? _____

¿Consume bebidas alcohólicas, ansiolíticos, estupefacientes o algún otro tipo de medicación con o sin receta médica? Sí No

¿Cuáles y cantidad diaria? _____

¿Padece o ha padecido alguno de sus familiares más directos (padre, madre, hermanos/as), antes de cumplir los 64 años, de hipertensión arterial o sanguínea, diabetes, cáncer, apoplejía, enfermedad cardíaca, cerebrovascular, mental o nerviosa, renal o alguna otra enfermedad hereditaria? Sí No

¿Cuáles? Edad de aparición y grado de parentesco _____

¿Se encuentra Usted en perfecto estado de salud y apto para el trabajo? Sí No

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, afección o limitación, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 10 días? Sí No

¿Tiene alguna limitación o alteración física, psíquica o funcional; ha sufrido algún accidente grave; ha sido intervenido quirúrgicamente o ha recibido alguna transfusión de sangre? Sí No

¿Padece o ha padecido cualquier afección de sangre, diabetes, enfermedades de hígado, enfermedades infecto-contagiosas como hepatitis o enfermedades de transmisión sexual, infección VIH (como SIDA o relacionadas)? Sí No

¿Le han hecho o le han recomendado hacerse el test del SIDA? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Por qué? _____ Resultado _____

¿Le han recomendado consultar a un médico, hospitalizarse, someterse a algún tratamiento o intervención quirúrgica? Sí No

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:

A. Naturaleza del padecimiento o lesión _____

B. Fecha y duración aproximada, así como estado actual y secuelas _____

C. Nombre y dirección de los médicos o instituciones que le han asistido. ¿Cuándo? ¿Por qué? _____

El solicitante tomador y el asegurado responde de la veracidad de las respuestas dadas anteriormente, que servirán de base, en su caso, para la fijación de la prima y aceptación de las garantías aseguradas. 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.

Extendida la solicitud cuestionario en _____

El solicitante - tomador _____

El asegurado _____

El mediador _____



Solicitud de Seguro LIBERTYVIDA MODULAR

COSTE DEL SEGURO

TEMPORAL ANUAL RENOVABLE. PRIMA TOTAL ANUAL POR CADA MÓDULO SELECCIONADO.

A.				B.				C.			
HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
EDAD	PRIMAS	EDAD	PRIMAS	EDAD	PRIMAS	EDAD	PRIMAS	EDAD	PRIMAS	EDAD	PRIMAS
25	116,85	25	77,62	25	222,66	25	181,83	25	255,41	25	216,59
26	117,42	26	79,37	26	221,63	26	183,59	26	256,35	26	221,66
27	116,48	27	81,16	27	220,70	27	185,38	27	258,24	27	227,55
28	115,90	28	83,00	28	220,11	28	187,21	28	258,89	28	231,38
29	116,80	29	86,06	29	221,02	29	190,27	29	261,78	29	236,69
30	116,93	30	88,05	30	221,15	30	192,27	30	264,08	30	240,37
31	117,47	31	90,16	31	221,89	31	194,38	31	266,47	31	244,05
32	118,44	32	92,38	32	222,66	32	196,60	32	269,16	32	247,17
33	121,00	33	95,89	33	225,22	33	200,11	33	273,89	33	251,38
34	124,06	34	99,57	34	228,26	34	203,79	34	280,29	34	266,03
35	127,58	35	103,41	35	231,80	35	207,62	35	286,26	35	260,18
36	132,71	36	108,50	36	236,93	36	212,71	36	295,09	36	265,67
37	137,36	37	112,66	37	241,58	37	216,87	37	303,59	37	270,54
38	143,79	38	118,07	38	248,01	38	222,26	38	316,77	38	281,24
39	150,90	39	123,52	39	255,12	39	227,74	39	330,64	39	291,73
40	159,92	40	130,11	40	264,13	40	234,33	40	347,30	40	304,99
41	169,64	41	136,57	41	273,86	41	240,79	41	365,90	41	317,99
42	180,31	42	143,03	42	284,52	42	247,24	42	385,71	42	331,82
43	193,05	43	150,53	43	297,27	43	254,74	43	407,24	43	347,19
44	206,81	44	158,04	44	311,03	44	262,26	44	429,88	44	362,73
45	223,11	45	167,12	45	327,33	45	271,33	45	455,50	45	380,74
46	239,66	46	175,54	46	343,87	46	279,76	46	481,94	46	399,23
47	257,98	47	184,88	47	362,19	47	289,09	47	510,77	47	419,78
48	279,22	48	196,30	48	383,44	48	300,52	48	543,10	48	442,07
49	301,47	49	207,97	49	405,69	49	312,18	49	575,91	49	463,77
50	328,18	50	223,35	50	432,39	50	327,56	50	614,27	50	491,07
51	358,44	51	241,63	51	462,65	51	345,84	51	655,23	51	520,61
52	392,57	52	263,02	52	496,78	52	367,23	52	700,30	52	554,10
53	431,69	53	288,28	53	535,90	53	392,50	53	757,04	53	595,00
54	473,73	54	314,92	54	577,94	54	419,13	54	817,34	54	638,69
55	519,86	55	343,70	55	624,08	55	447,91	55	885,15	55	685,48

Las primas que figuran anteriormente, pueden ser modificadas a criterio de la Compañía, teniendo en cuenta agravaciones de riesgo por profesión, estado de salud, y deportes o aficiones que practique el asegurado.

NOTA INFORMATIVA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 del texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre, y en los artículos 104 y 105 del Reglamento que lo desarrolla, se informa:

- ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL**
El estado miembro al que corresponde el control de la actividad aseguradora de la entidad es España, y la autoridad de control la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.
- LEGISLACIÓN APLICABLE**
La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro, y el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre, y las normas que lo desarrollan, y la normas que lo desarrollan, y la normativa vigente sobre el impuesto sobre la Renta.
- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y PROTECCIÓN DEL CLIENTE**
LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. dispone de un Departamento de Atención al Cliente, y de un Defensor del Cliente, para atender y resolver las quejas y reclamaciones derivadas de la entonación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros o operadoras de bancaseguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo.
- Departamento de Atención al Cliente. C/ Obispo 2, 28042 Madrid, fax nº 91 301 73 95, e-mail atencioncliente@libertyseguros.es
- Defensor del Cliente. C/ Marqués de la Ensenada 2, 6ª planta, 28004 Madrid, fax nº 91 308 48 91, e-mail reclamaciones@da-defensor.es
Las quejas y reclamaciones serán atendidas y resueltas en el plazo de dos meses desde su presentación. Transcurrido dicho plazo sin haber obtenido una respuesta o en caso de disconformidad, el reclamante podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participante en Planes de Pensiones, Pº de la Castellana 44, 28048 Madrid. Para la solución de conflictos en vía judicial será competente el Juez del domicilio del asegurado. Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de las entidades del grupo Liberty, el Reglamento para la Defensa del Cliente, donde se detalla el procedimiento para la obtención de quejas y reclamaciones. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web: www.libertyseguros.es, o a través de su mediador.
- DENOMINACIÓN, FORMA JURÍDICA Y DOMICILIO DE LA ENTIDAD**
La entidad aseguradora LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. tiene su domicilio social en España, en la calle Obispo 2, 28042 Madrid, España. Ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.
- DESCRIPCIÓN GENERAL DE GARANTÍAS**
La póliza sobre la que se informa es un contrato de seguro de vida temporal, cuyo objeto es la indemnización de un capital en el caso de fallecimiento, invalidez permanente absoluta del asegurado o enfermedad grave.
1. **Riesgo de fallecimiento:** El capital indicado en las Condiciones Particulares, los beneficiarios designados recibirán:
1.1. Fallecimiento: El capital indicado en las Condiciones Particulares. Si además del Asegurado en un mismo accidente fallece su cónyuge y tienen hijos menores de 18 años, los beneficiarios recibirán un capital adicional y del mismo importe.
1.2. Fallecimiento por accidente: Un capital adicional si el fallecimiento es consecuencia de un accidente garantizado en póliza.
1.3. Fallecimiento por accidente de circulación: Un capital adicional si la muerte es consecuencia de un accidente de circulación garantizado en póliza.
2. **Riesgo de invalidez absoluta y permanente para todo tipo de trabajo:** si el asegurado es declarado inválido absoluto y permanente (para todo de trabajo) recibirá:
2.1. Invalidez: El capital indicado en las Condiciones Particulares.
2.2. Invalidez por Accidente: Un capital adicional si la invalidez es consecuencia de un accidente garantizado en póliza.
2.3. Invalidez por Accidente de Circulación: Un capital adicional si la invalidez es consecuencia de un accidente de circulación garantizado en póliza.
3. **Enfermedades graves:** El asegurado recibirá un capital si se le diagnostica una enfermedad grave u aparición de las detalladas a continuación: Cáncer, Infarto de Miocardio, Accidente Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Operación "By Pass" o Puente Coronario, Parálisis y Tránsito de Órganos Vitales, en los términos previstos en las Condiciones Especiales de la póliza.
Esta póliza se constituye a primer riesgo, quedando cancelada a todos los efectos, una vez pagada cualquiera de las coberturas anteriormente indicadas, excepto la de enfermedades graves, desorta en el punto 3. En este caso se cancelará el resto de las coberturas complementarias y se mantendrá la cobertura de fallecimiento por cualquier causa con un capital disminuido en la cuantía que se pagó por enfermedades graves.
- PRIMAS DEL SEGURO**
Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Asegurado en los correspondientes vencimientos de conformidad con el artículo 14 de la Ley.
- CONDICIONES DE RESCISIÓN DEL CONTRATO**
En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones realizadas por el tomador o asegurado antes de la conclusión del contrato, o en los supuestos de agravación del riesgo producidos durante su vigencia, el asegurador podrá rescindir el contrato con sujeción a los requisitos y plazos previstos en los artículos 10 a 12 de la Ley de Contrato de Seguro. No obstante lo anterior, y de conformidad con la disposición en los artículos 88 y 89 de la preitada Ley, el asegurador no podrá imponer al contrato una vez transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su conclusión salvo que el tomador o asegurado haya actuado con dolo. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador solo podrá imponer el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de edad establecidos por aquí. Conforme lo dispuesto en el artículo 15 de la misma Ley, si por culpa del tomador o asegurado la primera prima no ha sido pagada o la prima única no ha sido el vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.



Solicitud de Seguro LIBERTYVIDA MODULAR

8. DERECHO DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO - Art. 83a LCS -

Tomador del seguro en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses, tendrá la facultad unilateral de resolver el mismo sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución deberá ejercitarse por escrito expedido en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición, cesando en dicha fecha la cobertura de riesgo contratada y teniendo el Tomador derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte que correspondía al tiempo en que el contrato estuviese en vigor.

9. INDICACIONES RELATIVAS AL RÉGIMEN FISCAL APLICABLE

A reserva de las modificaciones ulteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato, el mismo queda sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, a la Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y a la Ley del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

- La suma asegurada de fallecimiento del asegurado, percibida por el beneficiario distinto del tomador del seguro, está sujeta al Régimen Fiscal del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- Las sumas aseguradas cuyo beneficiario sea el tomador de la póliza están sujetas al Régimen Fiscal del Impuesto de IRPF, y tendrán la consideración de rendimientos del capital mobiliario, sujetas a retención.

INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE DE SEGUROS EXCLUSIVO

Agente de seguros exclusivo (1):

Nº de Registro de la DGSFP: _____, ante la cual podrá dirigirse para comprobar dicha inscripción.

Participación en una entidad aseguradora (2):

El agente realiza la actividad de mediación exclusivamente con Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. y está debidamente autorizado por ésta para desarrollar también su actividad con (3):

El agente podrá tratar únicamente los datos personales facilitados en los términos y con el alcance que se desprenda del contrato de agencia de seguros suscrito con Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. y siempre en nombre y por cuenta de ésta.

- (1) Identidad (nombre y apellidos o razón social, NIF o CIF) y dirección (domicilio completo) del agente de seguros exclusivo.
- (2) Indicar porcentaje de participación y entidad de que se trate (este apartado podría ponerse únicamente en los casos en que exista realmente participación).
- (3) Este último párrafo para cuando exista autorización del artículo 14 de la Ley de Mediación de Seguros. Indicar el nombre de la compañía aseguradora.

Mainly Health Plans SL

B19250372

'Sociedad de Agencia de Seguros
Vinculada' (Linked insurance
agency) Registered with Spanish
authorities / Inscrito con
DGSFP ... nº AJ0052

David Harris Gerille (+34) Tel: 609 522 300 Fax: 949 872 995
c/ Vizconde de Valoria 7 mainlyhealthplans@gmail.com
19210 Yunquera de Henares http://mainlyhealthplans.tel
Guadalajara, España http://agenciavinculadadeseguros.tel