## Solicitud de Seguro

MARCAR EN



|  | TRASPASO SegurCaixa                                     |
|--|---|
| Número de solicitud Alta Modificación Traspaso   | Jegui Caixa   |
| Número de póliza Número de certificado   | Número de subcolectivo                                  |
| Delegación 281   | Vencimiento   |
| Campaña           Envío de documentación Cliente Mediador  | Delegación Zona KAM Colectiv                            |
| Clave Mediador 1 Clave Mediador 2  |   |
| Datos del Traspaso - (A CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE TRASPASO) (1)   |   |
| Número de Póliza de procedencia (2) Número de certificado (2) Baja total de la póliza Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADO:   | Procede extorno   |
| Datos del Tomador  |   |
| Apellidos y Nombre   | NIF/NIE   |
| Domicilio: Tipo de Vía (4) Nombre de Vía   |   |
| Código Postal Población  |   |
| Fecha de nacimiento Estado Civil (4) Profesión (4)   | Sexo Hombre Mujer                                       |
| Teléfono Correo electrónico  | 1 1 1 1 1   |
| Idioma de la documentación (4) Forma de pago (4) Cuenta corriente  |   |
| Datos adicionales del Tomador (A cumplimentar SÓLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARI  | D RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)        |
| ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Si No ¿Solicita Exención de Carencias? <sup>(c</sup>  | Si No Cuadro Médico                                     |
| Número de Póliza de procedencia Número de certificado  |   |
| Datos Asegurados   |   |
| 1) Apellidos y Nombre Código Postal  | NIF/NIE<br>Población                                    |
|  | er Parentesco (4) Cuadro Médico                         |
| Teléfono Correo electró  |   |
| ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Si No ¿Solicita Exención de Carencias? (5) Si   | No  |
| SÓLO EN TRASPASOS: N° de Póliza de procedencia (3)   | ° de certificado <sup>(3)</sup>                         |
| 2) Apellidos y Nombre  | NIF/NIE   |
| Domicilio Código Postal  | Población   |
| Fecha de nacimiento Profesión (4) Sexo Hombre Muj  | er Parentesco (4) Cuadro Médico                         |
| Teléfono Correo electró  |   |
| ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Si No ¿Solicita Exención de Carencias? (5) Si   | •   |
| SÓLO EN TRASPASOS: Nº de Póliza de procedencia (3)   | ° de certificado <sup>(3)</sup>                         |
| 3) Apellidos y Nombre  | NIF/NIE   |
|  | Población<br>er Parentesco <sup>(4)</sup> Cuadro Médico |
| Teléfono Teléfono móvil Correo electró   |   |
| ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Si No ¿Solicita Exención de Carencias? (5) Si   |   |
|  | ° de certificado <sup>(3)</sup>                         |
|  | NIF/NIE   |
| Domicilio Código Postal  |   |
| Fecha de nacimiento Profesión (4) Sexo Hombre Muj  | er Parentesco (4) Cuadro Médico                         |
| Teléfono Correo electro  | nico  |
| ¿Ha sido cliente anteriormente de la Compañía? Si No ¿Solicita Exención de Carencias? (5) Si   | No  |
| SÓLO EN TRASPASOS: Nº de Póliza de procedencia (3)   | ° de certificado <sup>(3)</sup>                         |
| PRODUCTO OBSERVACIONES   |   |
|  |   |
| Complementos adicionales por asegurado   |   |
|  | segurado 3 Asegurado 4                                  |
|  |   |
| Resolución Solicitud: ACEPTADA RECHAZADA EXCLUSIONES (1), (2), (3), (4) y (5) Ver in   | strucciones de cumplimentación en el reverso.           |
| Conforme a lo indicado en el apartado "TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES" que figura en el reverso de esta solicitud de seguro, marque la/s casilla/s correspondientes si no admite el envío de publicidad y/o la cesión de datos indicada. |   |
| ✓ No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria.  |   |
| ☑ No acepto la comunicación de mis datos personales a terceras entidades. Fecha  | Firma   |