GUARDIA CIVIL

GESFIVE

AXA SEGUROS E INVERSIONES

BOLETIN DE ADHESION AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE LA GUARDIA CIVIL – POLIZA Nº 59.008.727

Contratante: **Dirección General de la Guardia Civil.**
Titular: Nombre y Apellidos:_____ Fecha Nacimiento:_____ N.I.F.:_____
Domicilio: Calle o Plaza, nº, piso, puerta:_____ Teléfono:_____
Código Postal:_____ Población:_____ Provincia:_____
Cónyuge: Nombre y Apellidos:_____ Fecha Nacimiento:_____ N.I.F.:_____
(si se asegura)
Beneficiarios: Del titular (miembro del Cuerpo): □ Cónyuge □ Cónyuge e hijos □ Padres □ Otros_____
Del cónyuge (si se asegura): □ Cónyuge □ Cónyuge e hijos □ Padres □ Otros_____

Datos bancarios para cobro de recibos (20 dígitos) _____ **Banco** _____**Sucursal** _____
Solicito la inclusión y/o la de mi cónyuge en (señale la modalidad elegida para cada uno si se aseguran ambos):
Póliza de Vida nº 59.008.727 – Elegir capitales a contratar: Cobertura de fallecimiento e invalidez absoluta y permanente por cualquier causa

Titular	Cónyuge		
□	□	□ **30.000** €	Prima mensual opción elegida (titular) _____ €
□	□	□ **60.000** €	Prima mensual opción elegida (cónyuge) _____ €
□	□	□ **120.000** €	
□	□	□ **OPCION LIBRE** (otros capitales) _____ (límite máximo de contratación: 120.000 €).	

Cuestionario de salud del Titular (miembro de la Guardia Civil). – Estatura, cm_____ Peso Kg._____ C) ¿Fuma? SI__NO__ En caso afirmativo ¿cuantos (cigarros-puros-pipas)? por día_____
¿Bebe alcohol? SI__NO__ En caso afirmativo ¿Cuántos (ejemplo X litros/copas por día)_____
a) ¿Padece actualmente trastornos en su estado de salud, se encuentra afectado por alguna dolencia, o está incapacitado total o parcialmente para el trabajo o presenta algún defecto físico? SI__NO__
b) Durante los últimos 24 meses ¿ha consultado a algún médico o ha debido dejar de trabajar como consecuencia de enfermedad o accidente? SI__NO__ ¿Ha tenido que consultar alguna vez a un médico a causa de: trastornos cardiacos o circulatorios, colesterol, presión arterial, tuberculosis, asma, cáncer, úlceras, tumores, albúmina, azúcar o sangre en la orina, diabetes, S.I.D.A., vesícula biliar, riñones o hígado, afección de la región dorsal, epilepsia, trastornos nerviosos o mentales u otra enfermedad grave o de larga duración? SI__NO__
Informes complementarios si ha respondido SI a una de las anteriores preguntas a) y b) Naturaleza de la afección_____ Fecha inicio y fin tratamiento_____Nombre médico-Hospital_____
Cuestionario de salud del Cónyuge (si se asegura). – Estatura, cm_____ Peso Kg._____ C) ¿Fuma? SI__NO__ En caso afirmativo ¿cuantos (cigarros-puros-pipas)? por día_____
¿Bebe alcohol? SI__NO__ En caso afirmativo ¿Cuántos (ejemplo X litros/copas por día)_____
a) ¿Padece actualmente trastornos en su estado de salud, se encuentra afectado por alguna dolencia, o está incapacitado total o parcialmente para el trabajo o presenta algún defecto físico? SI__NO__
b) Durante los últimos 24 meses ¿ha consultado a algún médico o ha debido dejar de trabajar como consecuencia de enfermedad o accidente? SI__NO__ ¿Ha tenido que consultar alguna vez a un médico a causa de: trastornos cardiacos o circulatorios, colesterol, presión arterial, tuberculosis, asma, cáncer, úlceras, tumores, albúmina, azúcar o sangre en la orina, diabetes, S.I.D.A., vesícula biliar, riñones o hígado, afección de la región dorsal, epilepsia, trastornos nerviosos o mentales u otra enfermedad grave o de larga duración? SI__NO__
Informes complementarios si ha respondido SI a una de las anteriores preguntas a) y b) Naturaleza de la afección_____ Fecha inicio y fin tratamiento_____ Nombre médico-Hospital_____

La cobertura empezará el día 1 del mes siguiente a la recepción del boletín. Queda excluido el suicidio durante el primer año de permanencia en el seguro. A partir de dicho período, la prestación a pagar en caso de fallecimiento será de 6.010,12€ (1.000.000 Pts.).

Los datos personales facilitados se incluirán en ficheros automatizados que se conservarán, de forma confidencial y de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de carácter personal, por Axa. El Tomador podrá dirigirse a la Sociedad para pedir su consulta, actualización o cancelación, si así lo desea. El Tomador otorga su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro o reaseguro. Las Sociedades del Grupo Axa tendrán acceso a tales datos personales, que podrán ser utilizados para ofrecer al tomador/asegurado ofertas, productos y servicios que sean de su interés.

En _____ **a** _____ **de** _____ **del 2.0___**

Firma del titular (miembro de la Guardia Civil) **Firma del cónyuge (si se asegura)**

Mediador: GESFIVE, Correduría de Seguros, S. L.
Teléfono: 902 116 155 – Fax: 91 614 13 43
Correo electrónico: gesfive@gesfive.com
Web: www.gesfive.com

Dirección: Servicio Contratación Colectivos
Apartado de Correos nº 3291
28080-Madrid.