UNI RASA IBÉRICA
Correduría de Seguros, s.l.

SOLICITUD DE ADHESIÓN A LA PÓLIZA Nº G-W8-150.000.003

ASOCIACIÓN PLAN DE SEGUROS DE PROTECCIÓN FAMILIAR. CIF: G-86490877

DATOS PERSONALES:

Efecto desde las _____:_____ del _____ /_____ / _____

Nombre _____ Apellidos _____

NIF / Otro documento _____ F. Nacimiento _____ / _____ / _____ Tel _____ Móvil _____

Domicilio C/ _____ Núm _____

Localidad _____ C.P. _____ E-mail _____ Fax _____

Profesión: Militar. Empleo_____ Destino _____

Sus familiares directos pueden contratar este Seguro en las mismas condiciones: esposo/a, pareja de hecho y hermanos. (Padres o hijos, 18 a 60 años). Nombre del Militar_____ Indicar parentesco_____

Cuenta Bancaria ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

TARIFA EXCLUSIVA DE 18 A 60 AÑOS. A PARTIR DE 61 PRIMAS BONIFICADAS

GARANTIAS:

GARANTIA DE FALLECIMIENTO (FCC): En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la causa que lo produzca, accidente o enfermedad, y en cualquier lugar, pagaremos las indemnizaciones pactadas en la fecha del siniestro. La cobertura de esta garantía cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad que se señala en las Condiciones Particulares de la Póliza.

GARANTÍA DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (IPA): La denominación "Invalidez Permanente Absoluta" se corresponde con la definición establecida en la Ley General de la Seguridad Social para la prestación llamada "Incapacidad Permanente Absoluta" durante la vigencia de la Póliza. A efectos de esta garantía, se entiende por Invalidez Permanente Absoluta, la situación física irreversible, provocada por accidente o enfermedad, originaria independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de su total inaptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional. La cobertura de esta garantía complementaria cesa al finalizar la anualidad dentro de la cual cada Asegurado cumpla la edad pactada en las Condiciones Particulares.

GASTOS DE SEPELIO: Por esta cobertura la compañía entregará a los beneficiarios 6.000 euros al objeto de que aquellos puedan hacer frente a los gastos de sepelio del Asegurado fallecido por cualquier causa.

ASISTENCIA EN VIAJE: Traslado sanitario de enfermos y heridos, traslado de restos mortales a España, gastos médicos en el extranjero hasta 10.000 €, regreso del Asegurado en caso de defunción de un familiar, prolongación de estancia en hotel por enfermedad y accidente ,búsqueda y localización de equipajes, pérdida, daños y robo de equipaje.

FORMA DE PAGO:

☐ Prima Anual ☐ Prima Semestral ☐ Prima Trimestral

Edad máxima de contratación: 60 años. ☐ Prima Mensual (SÓLO OPCIÓN A)

(2) Una vez contratado, a partir de 61 años se puede elegir pago mensual.

OPCIÓN ELEGIDA:

☐ Opción A (150.000 €) ☐ Opción B (100.000 €) ☐ Opción C (50.000 €)

Marcar la opción elegida según el capital asegurado más 6.000€ gastos de Sepelio.

(2) Solicito el Seguro de Accidentes con el doble y triple de capital. Ver condiciones en web. (Capitales incluídos el Seguro de Vida). ☐ SI ☐ NO

Consulta en nuestra web garantías, fraccionamiento y primas a partir de 61 años. **(1)** Los puntos descritos están supeditados a las Condiciones Generales y particulares de aplicación a este producto. **(2)** El Seguro de accidentes es una póliza adicional y su contratación es voluntaria e independiente del Seguro de Vida, con recibos separados, que además tiene un límite por siniestro y año de 3.000.000€; para un mismo accidente en el que se viesen afectadas varias personas. **(1)** EL SEGURO DE VIDA NO TIENE LÍMITE POR SINIESTRO. **(2)** Los tripulantes de aviación y paracaidistas tienen su propia tarifa unicamente en el Seguro de accidentes. El asegurado o sus beneficiarios cobrarán por todas las pólizas que tengan contratadas. Condiciones sujetas a la aceptación por parte de la compañía.

ACLARACIÓN: EL SEGURO DE VIDA NO TIENE LíMITE POR SINIESTRO. GARANTIZA 100x100 DEL CAPITAL ASEGURADO.

EDAD	GARANTÍAS CUBIERTAS	CAPITALES	PRIMA ANUAL	PRIMA SEMESTRAL	PRIMA TRIMESTRAL	PRIMA MENSUAL
OPCIÓN A: CAPITAL ASEGURADO DE 150.000 €						
18 a 60	**FCC/IPA**	**150.000 €**	**273,41**	**139,43**	**70,39**	**26,00**
61 a 65	FCC/IPA	150.000 €	740,62	377,72	190,72	64,18
66 a 70	FCC	100.000 €	1.025,30	522,91	264,01	88,86
71 a 80	FCC	100.000 €	2.421,34	1.234,88	623,50	209,85
81 a 90	FCC	50.000 €	4.059,22	2.070,20	1.045,24	351,80
91 a 100	FCC	50.000 €	7.843,27	4.000,09	2.019,64	679,75
OPCIÓN B: CAPITAL ASEGURADO DE 100.000 €						
18 a 60	**FCC/IPA**	**100.000 €**	**187,30**	**95,53**	**47,91**	**-** (2)
61 a 65	FCC/IPA	100.000 €	503,38	256,73	129,62	- (2)
66 a 70	FCC	50.000 €	576,95	276,34	156,00	- (2)
71 a 80	FCC	50.000 €	1.278,50	652,03	329,21	110,80
81 a 90	FCC	50.000 €	4.059,22	2.070,20	1.045,24	351,80
91 a 100	FCC	50.000 €	7.843,27	4.000,09	2.019,64	679,75
OPCIÓN C: CAPITAL ASEGURADO DE 50.000 €						
18 a 60	**FCC/IPA**	**50.000 €**	**101,21**	**51,62**	**26,07**	**-** (2)
61 a 65	FCC/IPA	50.000 €	266,11	135,72	68,53	- (2)
66 a 70	FCC	50.000 €	576,95	276,34	156,00	- (2)
71 a 80	FCC	50.000 €	1.278,50	652,03	329,21	110,80
81 a 90	FCC	50.000 €	4.059,22	2.070,20	1.045,24	351,80
91 a 100	FCC	50.000 €	7.843,27	4.000,09	2.019,64	679,75

Salvo omisión o error tipográfico

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento: _____ Si no señala, serán:
- Su cónyuge, en su defecto sus hijos por partes iguales y en su defecto los herederos legales.
- Otros:_____
- Banco y nº de crédito en caso de que vincule este seguro a su hipoteca_____ Incluiremos cláusula a favor de la entidad que se cite.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE:

(Marcar con una x) ¿Se encuentra Usted en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos seis meses alguna enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante mas de quince días consecutivos? En caso afirmativo indique causa, inicio y eventual término de la baja. ☐ SI ☐ NO

(Marcar con una x) ¿Tiene Usted algún defecto físico, alguna secuela de gravedad o tiene prevista alguna intervención quirúrgica, prueba de diagnóstico o se le ha diagnosticado alguna enfermedad grave o ha recibido tratamiento médico de procesos relacionados con el cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares? En caso afirmativo adjuntar informe reciente. ☐ SI ☐ NO

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado _____

La respuesta afirmativa puede ser motivo de reconocimiento médico o la no aceptación como asegurado.

El asegurado acepta en este acto su condición e inscripción de socio-simpatizante de la ASOCIACIÓN PLAN DE SEGUROS DE PROTECCIÓN FAMILIAR, que le da derecho a acogerse a los beneficios de este seguro.

En _____ a _____ de _____ de _____ .

Leído y conforme:
Firmado El Asegurado

RELLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍALO POR MAIL A: produccion@unirasa.es O POR FAX AL 981 14 23 80

UNI RASA IBÉRICA CORREDURIA DE SEGUROS S.L. autorizada por el Ministerio de Economía y Hacienda-Dirección General de Seguros e inscrita en el registro Especial con el número J-325, como responsable del Tratamiento de Datos, le informa que la información facilitada, así como el resto de los datos de carácter personal que nos facilite, serán objeto de procesos automatizados en nuestros ficheros, con la finalidad de gestionar la agenda de contactos de nuestra empresa, cumplir con las obligaciones propias de mediador de la póliza, y enviarle información, publicidad, ofertas y promociones de UNI RASA S.L. Vd. podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD. 15/1999), de igual manera sus datos registrados en la Asociación Plan de Seguros de Protección Familiar.

OTROS SEGUROS CON PRIMAS EXCLUSIVAS: DECESOS "PLAN FAMILIAR". ¡¡¡No se lo pierda!!!
HOGAR las mejores garantías y prima.
AUTOMÓVILES. GARANTÍAS Y PRIMAS EXCLUSIVAS. Protección Consorcio y oficinas en toda España.