

Deberán cumplimentarse todos los datos requeridos en esta Solicitud señalados con (*)

IMPORTANTE: DEBERÁN FIRMAR EL BOLETIN AMBOS ASEGURADOS

Compañía Aseguradora: Zurich Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Nº de Póliza: **188001517** – Curso: **2017/2018**

Datos del Tomador

Razón Social: **COMUNIDAD SAN JOSE P.E. COMPAÑÍA DE JESUS– CIF.: R-4600489-A**

Datos del Alumno/s ()*

Apellidos y Nombre _____ Curso _____

Apellidos y Nombre _____ Curso _____

Apellidos y Nombre _____ Curso _____

Datos personales del Asegurado 1: (Padre, madre, tutor, etc.) ()*

Nombre y Apellidos: _____ NIF.: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Datos personales del Asegurado 2: (Padre, madre, tutor, etc.) ()*

Nombre y Apellidos: _____ NIF.: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Datos del Beneficiario

Expresamente designado por el Asegurado: **EL TOMADOR DEL SEGURO**

Declaración de Estado de Salud del Asegurado 1 ()*

¿Se encuentra Vd. En la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido VD. En los últimos seis meses enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de quince días consecutivos? Sí No

En caso afirmativo indique causa, fecha de inicio y término de la baja:

Causa _____ Inicio: _____ Término _____

Declaración de Estado de Salud del Asegurado 2 ()*

¿Se encuentra Vd. En la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido VD. En los últimos seis meses enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de quince días consecutivos? Sí No

En caso afirmativo indique causa, fecha de inicio y término de la baja:

Causa _____ Inicio: _____ Término _____

Los abajo firmantes ratifican ser ciertas y sinceras la contestaciones antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, y releva expresamente el secreto profesional y legal a cualquier médico que le hubiese reconocido o asistido en sus dolencias y le autoriza a revelar al Asegurador los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al prestarle sus servicios.

Los datos que se recogen en este impreso son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener la relación contractual.

Podrán ser tratados informáticamente con la necesaria discreción, con la finalidad de prestar tanto el aseguramiento como eventual reparto o cesión del riesgo. Los afectados podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en su caso.

La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En Valencia, a _____ de _____ de 2017

Leído y conforme:

El Asegurado 1

El Asegurado 2

El Tomador del Seguro

Firma

Firma

Firma y sello