

Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos DNI*

Fecha de nacimiento Sexo: H M Profesión

Deportes o actividades físicas que practicas o realizas:

Profesionalmente:

(*) Dato de cumplimentación obligatoria, según el Real Decreto 338/1990, de 9 de marzo.

Debes contestar sinceramente a todas las preguntas y no utilizar signos o rayas como respuestas.
De tus contestaciones depende que tu Seguro tenga la vigencia y te preste todo el servicio que deseas.

Declaración de estado de salud

1. a) ¿Te encuentras actualmente en perfecto estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? En caso negativo especifícalo.
Sí No
- b) ¿Tienes algún defecto físico? En caso afirmativo ¿cuál?
Sí No
2. ¿Cuales son? a) Tu peso Kg. b) Tu estatura cm. c) Tensión arterial:
- d) ¿Fumas? Sí No ¿Qué cantidad al día?
- e) ¿Consumes bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuánto?
- f) ¿Consumes o has consumido estupefacientes? Sí No ¿Cuáles?
- g) ¿Tomas analgésicos, somníferos, u otros medicamentos? Sí No
- h) ¿Conduces motocicletas? Sí No En caso afirmativo indica la cilindrada.
3. ¿Has padecido alguna enfermedad, accidente o traumatismo grave? En caso afirmativo indica cuáles, cuándo las padeciste, qué duración tuvieron y qué posibles secuelas te han podido dejar. Sí No
4. a) ¿Estás a la espera de realizarte algún tipo de prueba o investigación médica o de recibir sus resultados? Sí No
En caso afirmativo indica de qué se trata.
- b) ¿Has sido sometido o te han recomendado someterte a alguna intervención quirúrgica, o tratamiento médico? Sí No
En caso afirmativo, indica de qué, cuándo y detalles.
- c) ¿Has ido al médico en los últimos seis meses? Sí No En caso afirmativo, indica el motivo.
5. ¿Te encuentras actualmente en situación de incapacidad o has iniciado algún trámite para su obtención? Sí No
En caso afirmativo indica detalles de la misma.
6. ¿Has sido sometido al test del SIDA? Sí No En caso afirmativo indica el resultado, fecha y motivo.
7. ¿Padeces o alguna vez has padecido algún bulto, cáncer, o tumor en la próstata o el aparato reproductor masculino (pene, testículos) que no haya sido diagnosticado/valorado como benigno o tienes pendiente de recibir los resultados de alguna prueba o examen médico en relación a la próstata o el aparato reproductor masculino? Sí No

8. Alguna vez has tenido alguna enfermedad de los órganos reproductores femeninos (úteros, vahina, ovarios, mama, cérvix) o cualquier otra enfermedad del sistema reproductor, incluyendo pero no limitado a, bultos en las mamas, quistes en los ovarios, sangrado uterino difuncional, citología con alteraciones, mamografía con alteraciones, cáncer, tumores o cualquier otra protuberancia o bulto? Sí No

9. ¿Has tenido o te han indicado realizar alguna investigación, consulta o tratamiento médico para alguna enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, hipertensión, trastornos valvulares, etc.), enfermedad cerebrovascular (ictus, isquemia, ataque isquémico transitorio (AIT), etc.)? Sí No

El Tomador y/o Asegurado han sido informados de que los datos personales (incluyendo, en su caso, datos de salud) facilitados en este documento; los incorporados a cualquier otro documento suscrito con Aegon España S.A.U. de Seguros y Reaseguros (Aegon); los que se generen como consecuencia de la ejecución y desarrollo del contrato, así como cualesquiera otros facilitados con ocasión de cualquier otra interacción con Aegon serán tratados bajo la responsabilidad de Aegon -incorporándose a ficheros de su titularidad-.

El Tomador y/o Asegurado son informados y autorizan expresamente el tratamiento de sus datos para la gestión de la solicitud de seguro, la celebración, desarrollo, control y mejora de las relaciones contractuales con Aegon, incluyendo la realización de encuestas de satisfacción; el cumplimiento de obligaciones legales; la detección, prevención y lucha contra el fraude; por razones de coaseguro o reaseguro; la realización de análisis estadísticos; así como de estudios sobre el perfil de quien utiliza nuestros productos y servicios y de las características de tal utilización.

Asimismo, el Tomador y/o Asegurado consienten que sus datos personales puedan ser cedidos (en su totalidad o en parte) a otras entidades aseguradoras por razones de coaseguro o reaseguro y para la prevención y lucha contra el fraude.

Adicionalmente, el Tomador y/o Asegurado quedan informados y autorizan expresamente el tratamiento de sus datos (excluidos los de salud) para el desarrollo por Aegon de acciones comerciales, promocionales o publicitarias, que podrán ser personalizadas mediante la realización de una segmentación de sus datos personales, incluso por medios electrónicos, incluyendo ofertas sobre productos y servicios del sector asegurador (incluidos productos de ramos de seguro distintas de las contratadas o productos comercializados y servicios prestados por terceros pertenecientes al grupo de empresas al que pertenece Aegon), el envío de felicitaciones (de navidad, cumpleaños, etc.) o la realización de sorteos.

Asimismo, el Tomador y/o Asegurado autorizan a Aegon la comunicación de sus datos personales para estos mismos fines comerciales, promocionales o publicitarios a las sociedades del Grupo Aegon cuya identificación, domicilio y actividad se encuentra disponible en la página web www.aegon.es.

En el caso de cesiones posteriores (para los mismos fines y sectores) a favor de otras sociedades, las partes convienen que Aegon comunicará al interesado la identidad y domicilio de éstas (remitiendo la comunicación al domicilio de contacto facilitado por el Tomador y/o Asegurado).

Le informamos del derecho que asiste a Aegon para consultar y obtener información sobre su persona procedente de ficheros de información sobre solvencia patrimonial y crédito.

El titular de los datos personales podrá dirigir sus solicitudes de acceso, rectificación, cancelación y oposición, respecto de sus datos personales, por escrito mediante carta dirigida al domicilio social de Aegon en C/ Príncipe de Vergara 156, 28002 (Madrid), indicando "LOPD" e incluyendo una copia de su DNI o documento oficial acreditativo de su identidad.

El Tomador y/o Asegurado pueden manifestar su negativa a la comunicación y tratamiento de sus datos para fines distintos a los relacionados con la gestión de la solicitud de seguro y/o con el desarrollo de la relación que, en su caso, pueda mantener con Aegon, señalando la casilla que corresponda:

Las partes convienen que los datos personales del Tomador y/o Asegurado no serán objeto de cesión a terceras sociedades con fines comerciales, promocionales o publicitarios.

Las partes convienen que los datos personales del Tomador y/o Asegurado no sean utilizados por Aegon para la oferta y contratación de otros productos del sector asegurador, ni para acciones promocionales o publicitarias incluso por medios electrónicos, la segmentación de sus datos personales y elaboración de perfiles, el envío de felicitaciones (de navidad, cumpleaños, etc.) o la realización de sorteos.

En caso de que el Tomador haya facilitado datos personales de terceros para la contratación del seguro, debe haberles informado de lo previsto en este documento y obtenido previamente su consentimiento, responsabilizándose de las consecuencias que se deriven del incumplimiento de esta obligación.

Hecho en _____ a _____ de _____ de 20 ____

Firma del Asegurado

Firma del Tomador

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

900 159 000

clientes@aegon.es