

Seguro de vida y accidentes para Nuevos Notarios

Garantías cubiertas: fallecimiento e invalidez absoluta y permanente causados por enfermedad o accidente (doble capital).



Boletín de Adhesión

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: ___ Estado civil: ___ N° de hijos: ___ N.I.F. _____

Dirección _____ Población: _____

C.P.: _____ Provincia: _____ Móvil: _____ E-mail: _____

Beneficiarios: señale con una X en el cuadro correspondiente:

Por orden preferente y excluyente: 1º Cónyuge, 2º Hijos, 3º Padres, 4º Herederos legales

Designación expresa (Nombre, apellidos y parentesco) _____

Datos para la domiciliación bancaria de las primas de este Seguro:

Cuenta en código IBAN : ES _____

CAPITAL ELEGIDO (DOBLE EN CASO DE ACCIDENTE) SEÑALAR CON UNA X

- | | | |
|---------------------------------------|--------|--|
| 1) 100.000 € <input type="checkbox"/> | GRATIS | 6) 600.000 € <input type="checkbox"/> |
| 2) 200.000 € <input type="checkbox"/> | | 7) 700.000 € <input type="checkbox"/> |
| 3) 300.000 € <input type="checkbox"/> | | 8) 800.000 € <input type="checkbox"/> |
| 4) 400.000 € <input type="checkbox"/> | | 9) 900.000 € <input type="checkbox"/> |
| 5) 500.000 € <input type="checkbox"/> | | 10) 1.000.000 € <input type="checkbox"/> |

Sí, deseo suscribir el Seguro de Vida y Accidentes, por un capital de 100.000€ (doble capital en caso de accidente), y beneficiarme del periodo gratuito durante los próximos 12 meses con **entrada en vigor el 1 de Abril de 2018, finalizando este periodo gratuito el 31 de Marzo de 2019**, según las condiciones que se indican en este Boletín de Adhesión.

Las primas para capitales superiores a 100.000 € se obtienen multiplicando el número de escala elegido por la prima que se indica según la edad. Ej.: Si tiene 30 años y elige un capital de 300.000 €, la prima será 189,20 € x 3 (excepto el primer año de vigencia de la póliza en el que los primeros 100.000 € de capital son gratuitos)

A partir del segundo año asegurado, las primas se verán reducidas con un descuento entre el 30% y el 40%, dependiendo de la siniestralidad del ejercicio.

EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA	EDAD	PRIMA
25	193,96 €	38	234,59 €	51	589,49 €	64	1.372,82 €
26	193,56 €	39	245,93 €	52	640,77 €	65	1.435,54 €
27	192,82 €	40	258,53 €	53	683,98 €	66	1.313,60 €
28	191,81 €	41	273,31 €	54	729,15 €	67	1.453,55 €
29	190,43 €	42	290,79 €	55	921,63 €	68	1.619,74 €
30	189,20 €	43	310,48 €	56	973,00 €	69	1.816,14 €
31	189,45 €	44	331,96 €	57	1.026,99 €	70	2.046,78 €
32	190,61 €	45	402,83 €	58	1.079,71 €	71	2.317,58 €
33	193,30 €	46	427,69 €	59	1.129,36 €	72	2.636,67 €
34	198,42 €	47	455,55 €	60	1.176,65 €	73	3.065,13 €
35	205,74 €	48	485,92 €	61	1.223,02 €	74	3.584,92 €
36	214,55 €	49	519,99 €	62	1.269,39 €		
37	224,33 €	50	557,37 €	63	1.318,34 €		

Declaración de estado de salud

¿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 15 días consecutivos? Sí No

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

Causa: _____ Inicio: / / Término: / /

Condiciones de adhesión al seguro

- Los 100.000€ iniciales del capital asegurado no tendrán coste ninguno para el asegurado **durante el primer año.**
- Medidas de selección:
 - Para 100.000 € gratuitos y ampliaciones hasta 300.000 €: cumplimentar este Boletín de Adhesión, firmarlo y enviarlo escaneado a seguros@notesva.org adjuntando una copia del DNI del tomador.
 - Desde 300.001 € hasta 800.000 €, Boletín de Adhesión y cumplimentar por un médico de su elección el modelo de Informe que le será proporcionado por NOTESVA, sin necesidad de PRUEBAS MÉDICAS.
 - Desde 800.001 € en adelante, Boletín de Adhesión y el Informe Médico con las PRUEBAS MÉDICAS indicadas: análisis de sangre, orina, y electrocardiograma.
- Si en el cuestionario sobre salud se indican dolencias crónicas o enfermedades preexistentes la compañía podrá solicitar un informe del médico de cabecera y/o reconocimiento médico con pruebas a designar.
- Particularidades:
 - La invalidez absoluta por enfermedad sólo cubre hasta la edad de 65 años, inclusive.
 - La invalidez absoluta por Accidente queda cubierta en todas las edades.
 - La invalidez permanente parcial queda cubierta exclusivamente por la póliza de Accidentes.

Los datos que se recogen en este impreso son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener relación contractual. De conformidad con lo establecido en los arts. 5 y 7 de la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal los solicitantes quedan informados de la existencia de un fichero informático de titularidad de GENERALI ESPAÑA, S.A. de Seguros y Reaseguros, de la necesidad de suministrar los datos requeridos para poder dar curso a la presente solicitud de seguro, de que dichos datos podrán ser cedidos por GENERALI ESPAÑA, S.A. de Seguros y Reaseguros a otras Compañías Aseguradoras para el cumplimiento de sus relaciones legítimas de seguro, coaseguro y reaseguro o gestión de siniestros a través de Aon Gil y Carvajal S.A.U. (correduría de seguros, entidad inscrita en la D.G.S. con la clave J-107, y provista de capacidad financiera y seguro de responsabilidad civil profesional conforme con lo dispuesto en la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados) y de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, cancelación y oposición, prestando consentimiento expreso al tratamiento automatizado de los datos suministrados y muy especialmente, de los datos de salud contenidos en la presente solicitud de seguro.

Le informamos que de conformidad con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, todos los datos personales que Vd. nos ha suministrado serán incorporados a un fichero automatizado de Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros, e inscritos en el Registro de Protección de Datos y serán objeto de tratamiento automatizado. La recogida y tratamiento automatizado de los datos personales tiene como finalidad la prestación de los servicios de mediación de seguros en relación a la póliza de seguro contratada y mantenimiento de la relación aseguradora. Usted consiente que los datos sean tratados por Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros así como que sean comunicados por esta tanto a las compañías del grupo Aon (www.aon.es), a la aseguradora del riesgo en cada momento y a terceros colaboradores, incluso fuera del Espacio Económico Europeo con la finalidad de analizar y valorar los siniestros acaecidos y realizar las labores de Mediación de Seguros y aseguramiento del riesgo. Asimismo, Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros le informa que cumple con las medidas de seguridad de protección de datos personales legalmente requeridas y que ha adaptado todas las medidas razonablemente exigibles conforme a los conocimientos técnicos actuales para evitar la pérdida, mal uso, alteración, intrusión ilegítima y sustracción de los datos personales facilitados.

Asimismo, también tiene como finalidad el envío, por medios tradicionales y electrónicos, de información operativa y comercial acerca de productos y servicios, ofrecidos tanto por Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros como su Grupo de empresas.

No consiento el tratamiento o comunicación de datos para su utilización con fines publicitarios.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación que le asisten dirigiéndose por escrito y con copia de su DNI al responsable del fichero, esto es; Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros sita en la calle Rosario Pino, 14-16 de Madrid (CP 28020) (att. Asesoría Jurídica).

Fecha de alta que solicita: _____ de _____ de 201....

Firma del Solicitante

En a de de 201.....



Devolver cumplimentado y firmado a NOTESVA

P.º Gral. Martínez Campos, 46 - 6º - 28010 MADRID

Teléfono: 913 081 473

E-mail: seguros@notesva.org

INFORMACION PARA EL ASEGURADO

De conformidad a lo dispuesto en la Ley 30/95 de 8 de Noviembre y en el Real Decreto 2.486/1998 de Noviembre se informa:

Órgano de Control: la Entidad Aseguradora queda sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.

Denominación y Domicilio social de la Entidad Aseguradora: GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, con domicilio social en C/ Orense 2, Madrid (ESPAÑA), CIF A-28007268.

Instancias de reclamación del Tomador del Seguro/Asegurado: en caso de litigio relativo a los derechos y obligaciones nacidos del contrato de seguro, el Tomador o Asegurado podrá someter voluntariamente la divergencia, por escrito, a la de Atención al cliente del domicilio social de la Aseguradora y al Servicio de Consultas y Reclamaciones de la Dirección General de Seguros, así como al orden jurisdiccional competente en la defensa de sus legítimos intereses.

Legislación aplicable al contrato de seguro: El contrato de seguro que se solicita en este acto se registrará por la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, Ley 30/95 de 8 de Noviembre, Real Decreto 2.486/1998, de 20 de Noviembre, así como por lo convenido en sus Condiciones Generales y Particulares.

Mediador: Aon Gil y Carvajal S.A.U. (correduría de seguros, entidad inscrita en la D.G.S. con la clave J-107, y provista de capacidad financiera y seguro de responsabilidad civil profesional conforme con lo dispuesto en la Ley 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados)

La prima correspondiente a la primera anualidad será gratuita. De la segunda anualidad (incluida) en adelante, la prima será la indicada en la tabla "Primas totales". En caso de que el tomador del seguro opte por resolver el mismo, deberá notificarlo de forma expresa y por escrito a NOTESVA con una antelación de al menos 2 meses a la fecha en que deba hacerse efectiva la resolución.

Asimismo, el arriba reconoce que el Asegurador no contrae ninguna obligación en virtud a la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación o rechazo total o parcial de la misma.