

Seguro			
<b>Compañía aseguradora:</b> CA Life Insurance Experts Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal			
<b>Ramo:</b> Vida Riesgo		<b>Código de mediador:</b>	
<b>Fecha de efecto:</b>	<b>Duración:</b> Anual	<b>Nombre mediador:</b>	
Tomador			
<b>Nombre:</b>		<b>Apellidos:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Teléfono de contacto:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Población:</b>	
<b>Nacionalidad:</b>	<b>NIF/NIE:</b>	<b>C.P.:</b>	
<b>Detallar actividad profesional:</b>			
<b>Trabajador por cuenta ajena</b>	<b>Trabajador por cuenta propia</b>	<b>Empresario</b>	<b>Sin actividad profesional</b>
<b>Es usted persona de responsabilidad pública*:</b> <b>Sí:</b> <b>No</b>		<b>email:</b>	
Asegurado (si es distinto del tomador)			
<b>Nombre:</b>		<b>Apellidos:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Teléfono de contacto:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Población:</b>	
<b>Nacionalidad:</b>	<b>NIF/NIE:</b>	<b>C.P.:</b>	
<b>Detallar actividad profesional:</b>			
Garantías			
<b>Fallecimiento por cualquier causa</b>			€

Beneficiarios
Herederos legales
Otros (Especificar Nombre, Apellidos y DNI/NIE/Pasaporte)

Cuestionario de salud y profesión (a cumplimentar por el asegurado)	
¿El Asegurado reconoce expresamente que no sufre ninguna enfermedad grave o crónica que le obligue a tomar ningún tipo de medicación habitual o someterse a controles médicos periódicos, como por ejemplo: cánceres, enfermedades del corazón, enfermedades del hígado, enfermedades de colon e intestinos, enfermedades de los pulmones, enfermedades del sistema osteo-articular limitantes, enfermedades psiquiátricas y enfermedades neurodegenerativas?	SI NO

\* Se considerarán personas con responsabilidad pública, aquellas que desempeñen o hayan desempeñado en los dos años anteriores funciones públicas importantes por elección, nombramiento o investidura en el ámbito autonómico (en municipios capitales de provincia o de capital de Comunidad Autónoma de las Entidades Locales de más de 50.000 habitantes), nacional o en terceros países. Así como los familiares de las personas anteriormente mencionadas tales como el cónyuge o la persona ligada de forma estable por análoga relación de afectividad, así como los padres e hijos, y los cónyuges o personas ligadas a los hijos de forma estable por análoga relación de afectividad.

El tomador

El asegurado  
(si es distinto al tomador)

**Forma de pago**

Anual:	Semestral:	Trimestral:
Anualmente, a contar desde la fecha de efecto del seguro, la prima se actualizará según la edad del asegurado. Importe de prima mínima: 20 €		

**Orden de domiciliación bancaria de los recibos**

El abajo firmante autoriza expresamente a la compañía aseguradora CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal, provista de NIF A86485794, para que desde la fecha reseñada a pie de página hasta nuevo aviso se haga efectivo y con cargo a la cuenta bancaria abajo indicada el importe de los recibos que les presente al cobro CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal. Los importes de la prima se incrementarán anualmente de conformidad con lo pactado en la póliza de seguro.

Titular cuenta:	NIF:
Nombre entidad:	Nº de cuenta:
Cobro mediador:	

**Solicitud condicionada al resultado de las pruebas médicas y a la fecha definitiva de contratación. El tomador dispone de un plazo de 30 días a partir de la recepción de los documentos para desistir del contrato de seguro.**

Los datos personales proporcionados voluntariamente por el tomador/asegurado a consecuencia de la formalización de la presente solicitud de seguro serán objeto de tratamiento de conformidad con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y demás normativa de aplicación. El tomador manifiesta que son ciertos los datos personales proporcionados y otorga su consentimiento expreso e inequívoco para que sus datos se incorporen a los ficheros titularidad de CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal. El tomador podrá ejercer sus derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a la compañía CA Life Insurance Experts, SA Unipersonal, con domicilio social en c/ Agustín de Foxá, 29, 6ª Planta, A, 28036 Madrid. Los datos personales serán tratados de forma confidencial, de conformidad con la normativa de protección de datos, exceptuando aquellas comunicaciones que requieran la gestión de reaseguro, coaseguro, tratamientos estadísticos para la creación de perfiles y estudios de calidad, análisis de riesgos o la gestión de prestación en caso de siniestralidad, servicio de atención al cliente, y las que comprenda la gestión contractual propia de la actividad aseguradora.

¿Autoriza la comunicación de sus datos a empresas del Grupo?	Sí	No
¿Desea recibir información comercial de CA Life?	Sí	No

Localidad y fecha de expedición: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_

El tomador

El asegurado  
(si es distinto al tomador)