SOLICITUD DE ADHESIÓN A -GRM VIDA-
–
PÓLIZA NÚMERO VI0630

Puede tramitar esta solicitud, enviándola clicando aquí

GRM
Gestión de Riesgos Militares

Efecto desde el _____/_____/_____.

Nombre:	Apellidos:	
N.I.F.:	Dirección:	
Localidad:	Provincia:	C.P.:
Teléfonos:	E-mail:	
Fecha nacimiento:	País nacimiento:	Estado civil:
Cuerpo*:	Destino:	Empleo:

***Ejemplo:** *Si es familiar de socio de Unión de Oficiales, lo seleccionará en el desplegable, dejando en blanco el resto de campos (destino y empleo).*

IBAN:	☒	E	S																						

☐ **PAGO CON TARJETA:** Marque esta opción si prefiere realizar el pago con tarjeta y le enviaremos un enlace de pago.

PRIMAS, CAPITALES Y FORMAS DE PAGO	CAPITAL	50.000€	100.000€	150.000€
Sin recargo por fraccionamiento del pago.	*Marque la opción elegida.*			
Se permite el pago con tarjeta	◉ Prima total **Anual**	☐ 80€	☐ 154€	☐ 228€
**Edad máxima de contratación: 65 años.*	○ Prima total **Semestral**	☐ 40€	☐ 77€	☐ 114€
	○ Prima total **Trimestral**	☐ 20€	☐ 39€	☐ 57€

GARANTÍAS DEL SEGURO DE VIDA

FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA: pago del capital asegurado por esta garantía si el Asegurado fallece por cualquier causa *(enfermedad, accidente o suicidio. El suicidio a partir del primer año).* Abonaremos a los beneficiarios designados el capital asegurado en las Condiciones Particulares.

INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA (IPA): Incapacidad Permanente Absoluta: garantizamos el pago del capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares en el supuesto de que nuestro asegurado resulte afectado por una Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión o actividad laboral. Es la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad que determina la total ineptitud del asegurado para mantener permanentemente una relación laboral o actividad profesional.

AYUDA INMEDIATA: adelantamos el mismo día en que se produzca el fallecimiento o la Incapacidad Permanente Absoluta hasta un máximo de 6.000,00€ para los gastos inmediatos que se deriven de dicho siniestro.

DOBLE EFECTO HIJOS: en caso de siniestro, regalamos al cónyuge de nuestro asegurado una cobertura gratuita durante el tiempo que sus hijos sigan "a su cargo".

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO. *Marque con una X la opción elegida*

☒ Mi cónyuge_____ o, en su defecto,
☐ mis hijos _____a partes iguales o, en su defecto, a mis herederos legales.
☐ La Entidad Financiera_____ por el préstamo número_____
para vincular la hipoteca con el seguro y el resto, a mis herederos legales.
☐ Otra fórmula:

Declaraciones del solicitante:	*Marcar con una X*	
¿Se encuentra Usted en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos 6 meses alguna enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de 15 días consecutivos? En caso afirmativo, indica causa, inicio y eventual término de la baja	☒ NO	☐ SI
¿Tiene Usted algún defecto físico, alguna secuela de gravead 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, deberá adjuntar informe reciente.	☒ NO	☐ SI
Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:		

La respuesta afirmativa a cualquiera de las cuestiones anteriores, puede ser motivo de petición de informes médicos adicionales, reconocimiento médico actual o la no aceptación de su solicitud.

En_____ a _____ de _____de _____. Leído y conforme

Firma el Asegurado

CONSULTIG EUROPEO DE RIESGOS, S.L. Correduría de Seguros, como Responsable del tratamiento de los Datos, le informa que la información recogida de este cuestionario así como el resto de datos de carácter personal que Usted nos facilite, serán cedidos a las Compañías de Seguros con el fin de contratar los seguros que Usted nos ha solicitado así como objeto de procesos automatizados en nuestros ficheros, con la finalidad de cumplir con las obligaciones propias de nuestra actividad de mediación y enviarle información al respecto, publicidad, ofertas y promociones así como cualquier comunicación de nuestro CLUB de descuentos "MAS CERCA DE TI". Usted 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 1 S/1999). El seguro de vida está contratado con la compañía de seguros Murimar Vida (CIF A-85490407).