



AIG - Seguro Protección Ingresos

Solicitante del Seguro

Nombre:

N.I.F.

Dirección:

C.P.

Fecha de Nacimiento: / /

Profesión:

Nombre y Actividad de la empresa:

Cuestionario confidencial a cumplimentar por el asegurado

A.- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o accidente que le pueda conllevar una Baja Laboral? **SI** **NO**

B.- ¿Tiene previsto someterse a intervención o tratamiento que le pueda suponer el cese temporal de su actividad profesional? **SI** **NO**

C.- ¿Padece alguna minusvalía o alteración física o funcional? **SI** **NO**

1. Si ha precisado baja laboral de más de 15 días díganos cuando y por qué:

2. ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida?

3. Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardíacas o del aparato circulatorio enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.)

4. Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia etc.)

5. afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales etc.)

6. Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático, psiquiátricas:

7. Enfermedades de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares

8. Enfermedades genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.)

9. Alguna afección todavía no nombrada

10. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Motivo y cuándo se efectuó

11. En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, escaner o tac, doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc? Motivos y resultados:

12. ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas; enfermedades reumáticas? ¿ha realizado rehabilitación o fisioterapia?

13. Si ha sufrido algún accidente que le haya dejado secuelas, Indíquelas

14. ¿Está en la actualidad bajo control médico? Tratamiento y motivo



Si ha contestado afirmativamente a cualquier pregunta, por favor amplíe su respuesta.

Declaración:

Declaro gozar de buena salud y no tener conocimiento alguno de ninguna enfermedad que pudiera padecer o alteración en mi estado de salud que pudiera afectarme. Asimismo declaro que no se me ha denegado o diferido ningún seguro de accidentes, médico o de vida ni he debido aceptar la incorporación de condiciones especiales a dichos seguros.

Firma del Asegurado



POLÍTICA DE PRIVACIDAD

AIG Europe Limited Sucursal en España se compromete a proteger la privacidad de sus clientes, de los reclamantes y de cualesquiera otras personas. La

"Información Personal" es aquella información que le identifica y hace referencia tanto a usted como a otras personas (como pudieran ser las personas a su cargo). Al facilitar datos de carácter personal, usted nos autoriza a utilizarlos del modo que se describe más abajo. Si usted facilitara Información Personal sobre otra persona, al hacerlo estará confirmando que cuenta con la autorización necesaria para proporcionarla al objeto de ser utilizada del modo que se describe a continuación. La Información Personal será utilizada para la cotización, administración y gestión del contrato de seguro, así como por motivos de marketing y oferta de productos de seguro.

Debido a la naturaleza global de nuestra actividad, cabe la posibilidad de que la Información Personal se transfiera a personas/entidades localizadas en otros países, incluyendo los Estados Unidos de América y otros países cuyas leyes sobre protección de datos difieren de las de su país de residencia.

Para el ejercicio de sus derechos sobre su Información Personal, rogamos envíe un correo electrónico a: atencioncliente.es@aig.com o lo comunique por escrito al domicilio arriba indicado. Encontrará más información sobre el uso que hacemos de la Información Personal en el documento completo sobre nuestra Política de Privacidad en http://www.aig.com/es/_3320_426993.html o solicitando una copia a través de los medios de contacto indicados anteriormente.

Le informamos de que cuenta con un plazo de treinta días para manifestar su negativa al anterior tratamiento, incluida la transferencia internacional a los

Estados Unidos de América; en caso de no pronunciarse a tal efecto se entenderá que consiente tácitamente.

DECLARACIÓN INFORMACIÓN PRECONTRACTUAL

Información sobre el Asegurador

Este contrato de seguro se celebra en régimen de derecho de establecimiento con la Sucursal en España de la entidad aseguradora inglesa AIG Europe

Limited, con domicilio en The AIG Building 58 Fenchurch Street, Londres, EC3M 4AB Inglaterra, Reino Unido.

AIG Europe Limited Sucursal en España se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo el número E0207, tiene su domicilio en Paseo de la Castellana 216, 28046 Madrid, está inscrita en el Registro

Mercantil de Madrid Tomo 30.273, Folio 46, Hoja M-544847, Inscripción 1ª y Número de Identificación Fiscal W-8262878-E.

Sin perjuicio de las facultades de supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el estado miembro a quien corresponde el control de la sucursal es el Reino Unido. AIG Europe Limited está autorizada para el ejercicio de la actividad aseguradora por la "Prudential Regulation Authority" y se encuentra regulada y supervisada por la "Financial Conduct Authority" y la referida "Prudential Regulation Authority" (FRN 202626).

Legislación aplicable al contrato de seguro

La legislación aplicable al contrato de seguros es la española en vigor. En particular, será de aplicación la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y demás normativa sectorial.

De conforme con lo establecido en el artículo 81.1 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, se hace constar expresamente la no aplicación de la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

Mecanismos de solución de conflictos

El Solicitante de la póliza, de conformidad con lo dispuesto en la Orden Ministerial ECO/734/2004 de 11 de marzo, podrá dirigir cualquier queja o reclamación por escrito al Servicio de Reclamaciones del asegurador al domicilio en Madrid señalado en el apartado a. anterior o por medio de correo electrónico a la siguiente dirección: atencioncliente.es@aig.com. Asimismo, podrá efectuar la reclamación o queja por teléfono en el siguiente número +34 91 567 74

36, en horario de 9:00 a 14:00 de lunes a viernes.

Si el Solicitante de la póliza o el asegurado no están conformes con nuestra decisión sobre la tramitación del siniestro podrán someter, antes de acudir a los tribunales de justicia, sus diferencias a decisión arbitral.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los jueces y tribunales españoles, el Solicitante de la póliza o el asegurado podrán formular reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones si consideran que nosotros hemos realizado prácticas abusivas o hemos lesionado los derechos derivados del contrato de seguro.

En todo caso, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

DECLARACIÓN DE PLURALIDAD DE SEGUROS

Soy Solicitante o asegurado de otros contratos de seguro referentes al riesgo ahora propuesto: Sí No

En caso afirmativo, especifique cuáles:

Quedo enterado de que cuando el riesgo que figura en la presente propuesta, concerniente al mismo interés y por idéntico período, esté o vaya a estar asegurado por varios aseguradores, el Solicitante o el asegurado deberán informar de dicha circunstancia a todos los aseguradores tan pronto como tenga conocimiento de ello así como en la fecha de comunicación del siniestro. La omisión fraudulenta de estas informaciones exonerará a los aseguradores de sus correspondientes prestaciones.

DECLARACIÓN INICIAL DEL RIESGO

He tomado conocimiento de que estoy obligado a responder con exactitud y veracidad a todas las preguntas de esta propuesta y a declarar todas las circunstancias o hechos de que tenga conocimiento y que sean significativos para la evaluación del riesgo propuesto, incluso cuando no hayan sido solicitados expresamente en el cuestionario, debiendo hacerlo en el espacio reservado a tal efecto o en una declaración adjunta a la presente propuesta. Se me ha explicado que en caso de incumplimiento doloso del deber de declarar el riesgo con exactitud y veracidad, el asegurador podría anular el contrato de seguro mediante el envío de una declaración en el plazo de tres meses a contar desde el conocimiento del incumplimiento, quedando exonerado de cubrir cualquier siniestro que se produjera antes de haber tenido conocimiento del incumplimiento en cuestión, o en el transcurso de dicho plazo, y manteniendo el derecho a quedarse con el importe de la prima recibida, hasta el término del plazo de tres meses o hasta el vencimiento del contrato en el caso de que el Solicitante o el asegurado hubieran actuado con el propósito de sacar provecho.

Asimismo, he sido advertido de que en caso de incumplimiento negligente del deber de declaración del riesgo, el asegurador podrá proponer una modificación del contrato en el plazo de tres meses a partir de que tenga conocimiento del asunto, que cesará sus efectos si el Solicitante no se pronunciara al respecto o si rechazara la propuesta de modificación o extinguir el contrato, demostrando que en ningún caso celebraría el contrato para la cobertura de riesgos relacionados con los hechos omitidos o declarados de forma inexacta, habiendo lugar a la devolución de la prima por el tiempo contractual no transcurrido. Si se produjera un siniestro con anterioridad a la extinción o modificación del contrato, provocado por el hecho omitido o inexacto, el asegurador únicamente cubrirá el siniestro en la proporción de la diferencia entre la prima pagada y la prima que realmente le hubiera correspondido pagar, o no cubrirá el riesgo demostrando que en ningún caso hubiera celebrado el contrato si hubiera tenido conocimiento del hecho omitido o declarado con inexactitud, quedando obligado únicamente a proceder al reembolso de la prima.



AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Quedo enterado de que durante el transcurso del contrato estoy obligado a comunicar al asegurador, en el plazo de 14 días desde que tenga conocimiento de ello, todas las circunstancias que pudieran agravar el riesgo y que de haber sido del conocimiento del asegurador en la fecha de celebración del contrato habrían influido en su decisión de contratar o en las condiciones del contrato. El régimen contractual de la agravación del riesgo está expresamente previsto en las Condiciones Generales aplicables al contrato.

DECLARACIÓN DE LAS PRIMAS DE SEGURO

De acuerdo con lo previsto en la legislación vigente, concretamente en los artículos 59 y 61 del Decreto Ley 72/2008 de 16 de abril, la prima o fracción inicial será exigible en la fecha de celebración del contrato o en la fecha establecida en las Condiciones Particulares, quedando sujeta la eficacia del contrato al pago efectivo de la prima o fracción inicial.

El impago de la prima o fracción, de un ajuste, de una parte de la prima de importe variable o de un recargo de la prima basado en una agravación sobrevenida del riesgo, en la fecha indicada en el aviso o en el documento contractual mencionado en el párrafo anterior, supondrá la no renovación o la resolución automática e inmediata del contrato en la fecha en la que el pago fuera exigible, no produciendo ningún efecto y no asumiendo el asegurador responsabilidad alguna en el caso de que se produjera un siniestro.

Cuando el pago de la prima o fracción se realice mediante cheque o recibo domiciliado en cuenta, la cobertura de los riesgos estará supeditada al cobro efectivo del cheque o a la no devolución del recibo por orden del Solicitante.

El Solicitante del Seguro, al firmar esta propuesta garantiza la exactitud de sus declaraciones, no habiendo omitido nada que pudiera inducir a error a AIG

Europe Limited en la evaluación del riesgo cuyo seguro propone, incluso cuando dicha propuesta hubiera sido cumplimentada por terceros y el Solicitante se hubiera limitado a firmarla. Asimismo, declara que se le ha dado a conocer el condicionado que regula este seguro.

El Solicitante del Seguro
de _____ de _____

Fecha
/ /