

SOLICITUD DE PÓLIZA

Agente \_\_\_\_\_

Identificación del Agente \_\_\_\_\_ Fecha de Emisión \_\_\_\_\_

Duración **ANUAL** Renovable Ramo: **SALUD** Forma de Pago \_\_\_\_\_

TOMADOR \_\_\_\_\_ NIF/NIE/CIF \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer

Datos de la póliza

Forma de Pago: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Fecha de Efecto \_\_\_\_\_ Prima \_\_\_\_\_

Datos Bancarios

Nombre de Banco \_\_\_\_\_ IBAN Entidad Oficina DC N° Cuenta

\_\_\_\_\_

Datos de los Asegurados

Nombre y Apellidos ( Incluir al tomador si es asegurado )	N.I.F.	Fecha Nacimiento	Parentesco	Sexo	Altura	Peso
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

## 1. Declaración de Salud

El presente cuestionario ha de ser contestado en su totalidad por el solicitante. En caso de respuestas afirmativas, se deberá facilitar la máxima información respecto a la enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación, fecha y situación actual, adjuntando fotocopias de los informes médicos que tenga en su poder.

Se informa al candidato que quedarán excluidos los procesos en curso y preexistencias no declaradas y aceptadas expresamente en condiciones particulares. A efectos del embarazo y parto, se considerará proceso en curso si la fecha de la última regla es anterior a la fecha de efecto de la póliza.

Por favor, responda detenidamente a todas las preguntas, aunque alguna de ellas pueda parecerle irrelevante:

- |                                                                                                                          |            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Fuma o ha fumado en los últimos años?                                                                                | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Padece algún defecto físico o psíquico?                                                                              | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene prevista alguna Intervención Quirúrgica, o tratamiento médico?                                                 | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿En los últimos años ha padecido alguna enfermedad, que le haya mantenido inactivo más de 15 días?                    | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica o transitoria?                                                        | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación o tratamiento médico o quirúrgico, psicológico o psiquiátrico?   | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Sigue actualmente algún tratamiento médico o lo ha seguido en los últimos 5 años?                                    | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Presenta algún trastorno de fertilidad?                                                                              | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha sido sometido durante el último año a pruebas de esfuerzo, TAC, resonancia magnética, endoscopias o gammagrafías? | Asegurados | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
|                                                                                                                          | SI         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                          | NO         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. ¿Se encuentra en algún proceso oncológico? Asegurados 1 2 3 4 5 6 7  
 SI         
 NO
11. ¿ Tiene o ha tenido cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina u otras afecciones oculares? Asegurados 1 2 3 4 5 6 7  
 SI         
 NO
12. ¿ Tiene o ha tenido alguna limitación física o invalidez, artrosis, deformidades, hernia discal, lesiones de rodilla, cadera u otras enfermedades traumatológicas? Asegurados 1 2 3 4 5 6 7  
 SI         
 NO
13. ¿ Tiene usted o ha tenido alguna otra enfermedad, afección malformación o enfermedad congénita que no le hayamos preguntado? Asegurados 1 2 3 4 5 6 7  
 SI         
 NO

La suscripción está supeditada a la valoración médica de este Cuestionario de Salud.

**DECLARACIÓN DE ENFERMEDADES PREVIAS**

Nº Asegurado	FECHA	ENFERMEDAD	ESTADO ACTUAL	Año Intervención Quirúrgica

El solicitante declara haber sido informado de que la declaración de salud es obligatoria para formalizar el seguro y que se utiliza exclusivamente para la valoración del riesgo de asegurar a la persona física informada como la figura del Asegurado en esta solicitud.

Madrid, a \_\_\_\_\_  
 Leído y conforme  
 ELSOLICITANTE

EL DECLARANTE/ASEGURADO

Murimar Seguros  
 Mutua de Seguros a Prima Fija  
 Director General



## OBSERVACIONES

LA PRESENTE DOCUMENTACIÓN ES PREVIA A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO. LA PÓLIZA TOMARÁ EFECTO CUANDO SE EFECTÚE EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA POR PARTE DEL PAGADOR Y SE ENTREGUEN LAS CONDICIONES PARTICULARES AL MISMO CON LOS DATOS ACTUALIZADOS.

## RELACIÓN CON LAS CONDICIONES GENERALES

Quedan expresamente confirmadas y en vigor, todas las condiciones establecidas en el condicionado general de la póliza, QUE NO ESTÉN EXPRESAMENTE DEROGADAS O EN CONTRADICCIÓN CON LO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES, ACEPTACIÓN EXPRESA DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS, QUEDAN NULAS Y SIN EFECTO NI VALOR ALGUNO LAS CONDICIONES GENERALES IMPRESAS DE LA PRESENTE PÓLIZA, QUE CONTRADIGAN O MODIFIQUEN A LAS PARTICULARES Y/O ESPECIALES QUE ANTECEDEN, DE ACUERDO CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 3, PÁRRAFO PRIMERO, DE LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO (LEY 50/80) LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y ESPECIALES DE LA PÓLIZA SON ACEPTADAS ESPECÍFICAMENTE POR EL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO, QUIÉN EN PRUEBA DE CONFORMIDAD FIRMA LAS PRESENTES CLÁUSULAS. Leída cada una de estas Condiciones Generales y Particulares, las aceptan y expresan su conformidad, mediante firma y rúbrica del presente documento en la fecha y lugar abajo indicados.

Madrid, a \_\_\_\_\_ EL DECLARANTE/ASEGURADO  
Leído y conforme  
EL SOLICITANTE

**Murimar Seguros**  
**Mutua de Seguros a Prima Fija**  
**Director General**



## INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto 2486/1988, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

a) El Tomador o el Asegurado, en caso de discrepancia acerca de la interpretación o cumplimiento del contrato podrá formular sus reclamaciones por escrito ante el Defensor del mutualista Ana Maria Rodado López en Paseo De La Castellana nº 179, 3ºC, 28046 Madrid o en la dirección de correo electrónico ana@mad.practica-legal.com quien acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado. Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de la presentación de la reclamación, sin que el Defensor del mutualista haya resuelto, o bien, una vez que haya sido denegada expresamente por el mismo la admisión de la reclamación o, desestimada la petición podrá acudir ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de Diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurado.

c) Por los Juzgados y Tribunales competentes, siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

**El Solicitante declara haber contestado verazmente a las preguntas anteriores y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por el Asegurador, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad al tiempo que manifiesta conocer y aceptar las cláusulas limitativas de sus derechos que en conformidad al art.3 de la Ley 50/80 de Contrato de Seguro y en la Ley 30/1995 de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se destacan en las condiciones generales de las que se entrega en este acto un ejemplar.**

**El Solicitante autoriza el cargo de recibos del seguro. El seguro no toma efecto hasta el pago de la primera prima.**

Madrid, a \_\_\_\_\_  
Leído y conforme  
ELSOLICITANTE


EL DECLARANTE/ASEGURADO

Murimar Seguros  
Mutua de Seguros a Prima Fija  
Director General



**CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS**

Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la presente tabla informándole del tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
<b>RESPONSABLE</b>	MURIMAR SEGUROS
<b>FINALIDAD PRINCIPAL</b>	Gestión de la suscripción / Gestionar el envío de información y prospección comercial/ Gestión de Perfiles de asegurados
<b>LEGITIMACIÓN</b>	Consentimiento del interesado.
<b>DESTINATARIOS</b>	Las empresas que conforman el Grupo Murimar (Mutua de Riesgo Marítimo Sociedad de Seguros a Prima Fija CIF G-78547148, Murimar Vida Seguros y Reaseguros S.A. CIF A-85490407 y Insermar Consultores S.L CIF: B-83670554)
<b>DERECHOS</b>	Acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Privacidad en <a href="http://www.murimar.com">http://www.murimar.com</a>
<b>Data Protection Officer (DPO)</b>	 <b>GRUPO ADAPTALIA LEGAL - FORMATIVO S.L.</b> 91 553 34 08 <a href="mailto:legal@grupoadaptalia.es">legal@grupoadaptalia.es</a>

Declaro haber entendido la información facilitada y consiento el tratamiento que se efectuará de mis datos de carácter personal (marca obligatoria)

En caso de que desee recibir información marque la siguiente casilla:  
 Autorizo al envío de comunicaciones informativas relativas a las actividades, productos o servicios por correo postal, fax, correo electrónico o cualquier otro medio electrónico equivalente

Madrid, a \_\_\_\_\_  
 Leído y conforme  
 EL SOLICITANTE

EL DECLARANTE/ASEGURADO

Mutua de Seguros a Prima Fija  
 Director General

