



Datos generales

Producto 2329 - Seguro de Estudios

Datos del Tomador

Nombre/Razón Social

Mediador

Oficina

NIF/CIF

Nº. Póliza

Datos de la persona a asegurar: 1er Asegurado

Nombre/Razón Social

Primer Apellido

Segundo Apellido

NIF/CIF

Domicilio

Nº

Piso (otros)

Población

C.P.

Provincia

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Sexo

Profesión

Nº. certificado

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Email

País de Residencia Fiscal

Datos de la persona a asegurar: 2do Asegurado (a cumplimentar cuando el seguro sea a 2 cabezas)

Nombre/Razón Social

Primer Apellido

Segundo Apellido

NIF/CIF

Domicilio

Nº

Piso (otros)

Población

C.P.

Provincia

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Sexo

Profesión

Nº. certificado

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Email

País de Residencia Fiscal

Datos de los hijos

Curso primer hijo

Curso segundo hijo

Curso tercer hijo

Curso cuarto hijo

Curso quinto hijo

Curso sexto hijo

Beneficiarios

En caso de fallecimiento: Según se indica en la póliza.

En caso de Invalidez (si está contratada en la póliza): El propio Asegurado.

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos** con la finalidad de gestionar su solicitud. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la gestión de la misma. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Calle Emilio Vargas, 6, 28043 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante abajo firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del 1er Asegurado

Firma del 2do Asegurado

Declaraciones de la persona a Asegurar: 1er Asegurado

Cumplimentar las preguntas y marcar con una X la casilla que corresponda

Estatura _____ cms. Peso _____ kgs. Tensión arterial _____ máxima _____ mínima

	Sí	No
1. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece usted alguna enfermedad que le obligue a una asistencia médica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene usted alguna discapacidad física o mental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sufrido accidentes graves, ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2, 3, 4, 5, 6 complete los siguientes datos

- Naturaleza del padecimiento o lesión

- Fecha, duración aproximada y situación actual

- Nombre y dirección de los Médicos o Instituciones que le han asistido

El Asegurado certifica haber contestado completa y verídicamente a las preguntas antes citadas. Autoriza a médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la Compañía a darle a ésta las informaciones necesarias para esta propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.

En _____ a _____ de _____ de _____ Firma del 1er Asegurado

Declaraciones de la persona a Asegurar: 2do Asegurado (a cumplimentar cuando el seguro sea a 2 cabezas)

Cumplimentar las preguntas y marcar con una X la casilla que corresponda

Estatura _____ cms. Peso _____ kgs. Tensión arterial _____ máxima _____ mínima

	Sí	No
1. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece usted alguna enfermedad que le obligue a una asistencia médica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene usted alguna discapacidad física o mental? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sufrido accidentes graves, ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2, 3, 4, 5, 6 complete los siguientes datos

- Naturaleza del padecimiento o lesión

- Fecha, duración aproximada y situación actual

- Nombre y dirección de los Médicos o Instituciones que le han asistido

El Asegurado certifica haber contestado completa y verídicamente a las preguntas antes citadas. Autoriza a médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la Compañía a darle a ésta las informaciones necesarias para esta propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.

En _____ a _____ de _____ de _____ Firma del 2do Asegurado



¿Por qué contratar el Seguro de Estudios de AXA?



Garantice y asegure **la continuidad de los estudios de sus hijos.**



Evite dejar desamparado económicamente al padre/madre/tutor en un momento tan delicado de su vida.



Le incluye los costes de: Transporte, Comedor, Uniformes, Material escolar, Actividades extraescolares, etc...



Abono de la totalidad del importe asegurado.



Sin pruebas médicas para capitales asegurados inferiores a 100.000€



Dispone de **Servicios adicionales sin coste:**

- Segunda Opinión Médica
- Atención Médica Telefónica 24 horas.



Y con la garantía de la **1ª marca** mundial de seguros por **7º año** consecutivo
Con **+ de 100** millones de clientes, estando presente en **59** países.

