



## DATOS PERSONALES

Nombre ..... Apellido 1 ..... Apellido 2 .....

DNI ..... Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NO OLVIDE FECHAR Y FIRMAR, ASÍ COMO CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS. EN FUNCION DE SUS RESPUESTAS SE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Altura: ..... cm	Peso: ..... Kgs.	¿Fuma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
¿Consume o ha consumido drogas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Le han hecho las pruebas del SIDA o VIH?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Resultado .....
¿Padece Hipertensión Arterial?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Tratamiento o control médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Consume bebidas alcohólicas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
¿Está o ha estado de baja laboral más de 15 días en los últimos 15 años?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Causa y año: .....
¿Tiene alguna malformación, deformación o anomalía congénita o adquirida?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardiacos o circulatorios, enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales, artrosis, protusiones, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Alteraciones psíquicas y/o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicopáticas, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afectaciones de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afectaciones genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Padece alguna afección todavía no nombrada?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivo y Fecha .....
¿Tiene material de osteosíntesis?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Fecha prevista de retirada .....
¿Tiene previsto o ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, escaner o tac, doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos y resultados .....
¿Ha sufrido lesiones musculares, articulares, ligamentosas, tendinosas o reumáticas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha sufrido algún accidente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Naturaleza y fecha .....
					¿Ha dejado secuelas? .....
¿Está en la actualidad bajo control médico y/o medicación?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha tramitado o está tramitando una solicitud de invalidez?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos .....
¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Importe y cobertura .....

## TIPO DE TRABAJO

Trabajo Manual	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Corrientes eléctricas de más de 380 voltios	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de maquinaria	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos en alturas a más de 10 metros	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de herramientas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos con carga o esfuerzo físico	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Empleo de materias explosivas, corrosivas o cortante	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Viaja más de 40.000 km/año en automóvil	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## ACTIVIDAD DEPORTIVA Y AFICIONES

¿QUE DEPORTES REALIZA?  AFICIONADO  FEDERADO  PROFESIONAL ¿Cuál? .....

¿Conduce motos con cilindrada igual o superior a 500 cc?  Sí, sólo como medio de transporte  Sí, motociclismo  No

En ..... de ..... a ..... de ..... de 20..... FIRMA DEL ASEGURADO FIRMA DEL COLABORADOR

Mediante la suscripción del presente documento declara haber sido informado de que todos sus datos personales facilitados en este documento, incluidos los de salud, así como la restante información que pueda proporcionar a lo largo de la duración de la relación contractual, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo, ejecución y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (C/ Gardoqui, 1 Bilbao - Vizcaya). Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para la gestión y liquidación de siniestros, así como a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, denegándose la formalización del seguro en caso contrario, por lo que el solicitante, mediante la suscripción del presente documento, otorga su consentimiento expreso a los mismos. Le rogamos nos indique a continuación si se opone a que el responsable del fichero pueda hacer uso de los datos e información recabados, con la finalidad de ofrecerle información sobre otros productos o servicios de SVRNE, de cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE o de terceras empresas dedicadas o no a actividades de aseguramiento y previsión social con las que SVRNE haya firmado acuerdos de distribución de seguros y productos de previsión social.

Me opongo a que se utilicen los datos con la finalidad expresada.  
Así mismo, se le informa de que, salvo que nos manifieste expresamente su oposición marcando la casilla articulada al efecto, sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, podrán ser conservados y tratados aunque no se formalice el contrato de seguro, con la finalidad de controlar y gestionar futuras solicitudes que pueda realizarnos. De igual modo y con la misma finalidad, los citados datos podrán ser cedidos a las restantes entidades del Grupo SVRNE dedicadas al sector del aseguramiento y previsión social.  
 Me opongo a la conservación y tratamiento de mis datos en caso de que no se formalice el contrato de seguro.  
Salvo oposición expresa por su parte marcando las casillas articuladas al efecto entendemos que otorga su consentimiento a los tratamientos y cesiones indicadas. Todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Asegurado conforme al procedimiento general establecido al efecto.

# GRUPO I

OPCIÓN A - BASIC		OPCIÓN B - LINE		OPCIÓN C - PREMIUM	
FALLECIMIENTO	30.000	FALLECIMIENTO	50.000	FALLECIMIENTO	90.000
IPA	30.000	IPA	50.000	IPA	90.000
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	30.000	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	50.000	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	90.000
IPA POR ACCIDENTE	30.000	IPA POR ACCIDENTE	50.000	IPA POR ACCIDENTE	90.000
BAJA DIARIA	20	BAJA DIARIA	30	BAJA DIARIA	50
Franquicia	7	Franquicia	7	Franquicia	7
edad	PRIMAS FINALES	edad	PRIMAS FINALES	edad	PRIMAS FINALES
18	354,27	18	565,52	18	817,58
19	354,69	19	566,21	19	818,62
20	355,05	20	566,83	20	819,53
21	355,35	21	567,33	21	820,28
22	355,65	22	567,83	22	821,03
23	355,92	23	568,27	23	821,70
24	356,22	24	568,77	24	822,45
25	356,49	25	569,21	25	823,12
26	356,15	26	568,66	26	822,28
27	355,84	27	568,13	27	821,49
28	355,47	28	567,52	28	820,58
29	355,07	29	566,85	29	819,58
30	354,69	30	566,21	30	818,62
31	354,89	31	566,55	31	819,12
32	355,34	32	567,30	32	820,24
33	356,22	33	568,77	33	822,45
34	357,82	34	571,44	34	826,45
35	360,05	35	575,16	35	832,03
36	362,79	36	579,71	36	838,87
37	365,80	37	584,74	37	846,41
38	368,99	38	590,05	38	854,37
39	372,65	39	596,16	39	863,53
40	376,74	40	602,96	40	873,74
41	381,40	41	610,74	41	885,41
42	386,64	42	619,46	42	898,49
43	392,24	43	628,80	43	912,49
44	398,12	44	638,60	44	927,20
45	420,29	45	675,56	45	982,63
46	427,11	46	686,92	46	999,67
47	434,84	47	699,81	47	1019,01
48	443,37	48	714,03	48	1040,34
49	453,07	49	730,20	49	1064,59
50	463,86	50	748,17	50	1091,55
51	487,88	51	788,21	51	1151,62
52	512,92	52	829,94	52	1214,20
53	538,63	53	872,79	53	1278,49
54	565,19	54	917,05	54	1344,88
55	640,87	55	1043,19	55	1534,07
56	670,18	56	1092,03	56	1607,35
57	700,97	57	1143,36	57	1684,33
58	732,36	58	1195,67	58	1762,80
59	763,72	59	1247,93	59	1841,20
60	795,42	60	1300,77	60	1920,45

## ACTIVIDAD

A.P.I.	Dermatólogo	Médico Neumólogo
Abogado	Dibujante	Neurólogo
Acomodador	Diplomático	Notario
Actuario	Directivo (Sin Desplazamiento)	Nutricionista
Administrador De Lotería	Director	Oculista
Administrador De Propiedades Rurales	Director Administración	Odontólogo
Administrativo	Director Técnico	Oftalmólogo
Agente Comercial (Sin Despacho)	Diseñador	Óptico
Agente De Cambio Y Bolsa	Droguero (Sin Materias Inflamables)	Ortopédico
Agente De Seguros	Eclesiástico	Otorrinolaringólogo
Anestesiista	Economista	Párroco
Anticuario	Editor (Sin Trabajo Manual)	Pedagogo
Aparejador	Embajador o cónsul	Pediatra
Arquitecto	Empleado Oficina	Periodista
Asesor Fiscal	Escritor (Sin Desplazamiento)	Procurador
Asistente Social	Estanquero	Profesión sin riesgo (sin trabajo manual)
Astillero	Estomatólogo	Profesor
Astrónomo	Estudiante	Profesor De Idiomas
ATS	Farmacéutico	Profesor De Música
ATS Centro Psiquiátrico	Filólogo	Promotor Empresarial
Auditor	Fiscal	Psicólogo
Automóviles (Venta Y Alquiler)	Florista	Psicomotricista
Auxiliar (Farmacia)	Forense	Psiquiatra
Auxiliar De Clínica	Funcionario	Publicidad (Agente)
Ayudante de ingeniero	Gerente Empresa (Sin Trabajo Manual)	Recepcionista
Banca En General	Gestor Administrativo	Registrador De La Propiedad
Bedel	Ginecólogo	Relaciones Públicas
Bibliotecario	Graduado Social	Representante de artistas
Biólogo y bioquímico	Higienista dental	Sacerdote
Bordador/a	Informático	Secretaria/o
Cajero	Inspector Administrativo	Secretario De Juzgado
Camisero	Intendente Mercantil	Sin Determinar (GR1)
Casas de cambio	Intérprete	Sociólogo
Casino	Joyero	Taquillero
Catedrático (Clases Teóricas)	Jubilado	Traductor
Censor Jurado De Cuentas	Juez, magistrado	Traumatólogo
Cerveza (Venta)	Lexicógrafo	Urólogo
Cirujano	Locutor	Vendedor Establecimiento
Cobrador	Locutorio	
Compositor	Logopeda	
Consejero Delegado	Matemático	
Consignatorio De Buques (Oficinas)	Mecanógrafa/o	
Consultor	Médico	
Contable	Médico de cabecera	
Corredor Seguros	Médico de urgencias	
Delineante	Médico especialista	
Dentista	Médico estético	
Dependiente en tienda, comercio, boutique	Médico Hospital	



## DATOS PERSONALES

Nombre ..... Apellido 1 ..... Apellido 2 .....

DNI ..... Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NO OLVIDE FECHAR Y FIRMAR, ASÍ COMO CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS. EN FUNCION DE SUS RESPUESTAS SE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Altura: ..... cm	Peso: ..... Kgs.	¿Fuma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
¿Consume o ha consumido drogas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Le han hecho las pruebas del SIDA o VIH?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Resultado .....
¿Padece Hipertensión Arterial?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Tratamiento o control médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Consume bebidas alcohólicas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
¿Está o ha estado de baja laboral más de 15 días en los últimos 15 años?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Causa y año: .....
¿Tiene alguna malformación, deformación o anomalía congénita o adquirida?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardiacos o circulatorios, enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales, artrosis, protusiones, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Alteraciones psíquicas y/o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicopáticas, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afectaciones de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afectaciones genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Padece alguna afección todavía no nombrada?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivo y Fecha .....
¿Tiene material de osteosíntesis?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Fecha prevista de retirada .....
¿Tiene previsto o ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, escaner o tac, doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos y resultados .....
¿Ha sufrido lesiones musculares, articulares, ligamentosas, tendinosas o reumáticas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha sufrido algún accidente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Naturaleza y fecha .....
					¿Ha dejado secuelas? .....
¿Está en la actualidad bajo control médico y/o medicación?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha tramitado o está tramitando una solicitud de invalidez?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos .....
¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Importe y cobertura .....

## TIPO DE TRABAJO

Trabajo Manual	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Corrientes eléctricas de más de 380 voltios	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de maquinaria	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos en alturas a más de 10 metros	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de herramientas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos con carga o esfuerzo físico	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Empleo de materias explosivas, corrosivas o cortante	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Viaja más de 40.000 km/año en automóvil	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## ACTIVIDAD DEPORTIVA Y AFICIONES

¿QUE DEPORTES REALIZA?  AFICIONADO  FEDERADO  PROFESIONAL ¿Cuál? .....

¿Conduce motos con cilindrada igual o superior a 500 cc?  Sí, sólo como medio de transporte  Sí, motociclismo  No

En ..... de 20..... FIRMA DEL ASEGURADO FIRMA DEL COLABORADOR

Mediante la suscripción del presente documento declara haber sido informado de que todos sus datos personales facilitados en este documento, incluidos los de salud, así como la restante información que pueda proporcionar a lo largo de la duración de la relación contractual, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo, ejecución y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (c/ Gardoqui, 1 Bilbao - Vizcaya). Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para la gestión y liquidación de siniestros, así como a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, denegándose la formalización del seguro en caso contrario, por lo que el solicitante, mediante la suscripción del presente documento, otorga su consentimiento expreso a los mismos. Le rogamos nos indique a continuación si se opone a que el responsable del fichero pueda hacer uso de los datos e información recabados, con la finalidad de ofrecerle información sobre otros productos o servicios de SVRNE, de cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE o de terceras empresas dedicadas o no a actividades de aseguramiento y previsión social con las que SVRNE haya firmado acuerdos de distribución de seguros y productos de previsión social.

Me opongo a que se utilicen los datos con la finalidad expresada.  
Así mismo, se le informa de que, salvo que nos manifieste expresamente su oposición marcando la casilla articulada al efecto, sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, podrán ser conservados y tratados aunque no se formalice el contrato de seguro, con la finalidad de controlar y gestionar futuras solicitudes que pueda realizarnos. De igual modo y con la misma finalidad, los citados datos podrán ser cedidos a las restantes entidades del Grupo SVRNE dedicadas al sector del aseguramiento y previsión social.  
 Me opongo a la conservación y tratamiento de mis datos en caso de que no se formalice el contrato de seguro.  
Salvo oposición expresa por su parte marcando las casillas articuladas al efecto entendemos que otorga su consentimiento a los tratamientos y cesiones indicadas. Todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Asegurado conforme al procedimiento general establecido al efecto.

## GRUPO II

OPCIÓN A - BASIC		OPCIÓN B - LINE		OPCIÓN C - PREMIUM	
FALLECIMIENTO	30.000	FALLECIMIENTO	50.000	FALLECIMIENTO	90.000
IPA	30.000	IPA	50.000	IPA	90.000
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	30.000	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	50.000	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	90.000
IPA POR ACCIDENTE	30.000	IPA POR ACCIDENTE	50.000	IPA POR ACCIDENTE	90.000
BAJA DIARIA	20	BAJA DIARIA	30	BAJA DIARIA	50
Franquicia	7	Franquicia	7	Franquicia	7
edad	PRIMAS FINALES	edad	PRIMAS FINALES	edad	PRIMAS FINALES
18	445,42	18	711,76	18	1029,76
19	445,83	19	712,45	19	1030,80
20	446,20	20	713,07	20	1031,72
21	446,50	21	713,57	21	1032,47
22	446,80	22	714,07	22	1033,22
23	447,07	23	714,51	23	1033,89
24	447,37	24	715,01	24	1034,64
25	447,63	25	715,45	25	1035,30
26	447,30	26	714,90	26	1034,47
27	446,98	27	714,37	27	1033,68
28	446,62	28	713,76	28	1032,76
29	446,22	29	713,09	29	1031,76
30	445,83	30	712,45	30	1030,80
31	446,03	31	712,79	31	1031,30
32	446,48	32	713,54	32	1032,43
33	447,37	33	715,01	33	1034,64
34	448,97	34	717,68	34	1038,64
35	451,20	35	721,40	35	1044,22
36	453,93	36	725,95	36	1051,05
37	456,95	37	730,98	37	1058,59
38	460,13	38	736,29	38	1066,55
39	463,80	39	742,40	39	1075,72
40	467,88	40	749,20	40	1085,93
41	472,55	41	756,98	41	1097,59
42	477,78	42	765,70	42	1110,68
43	483,38	43	775,04	43	1124,68
44	489,27	44	784,84	44	1139,39
45	511,44	45	821,80	45	1194,82
46	518,26	46	833,16	46	1211,86
47	525,99	47	846,05	47	1231,19
48	534,52	48	860,27	48	1252,52
49	544,22	49	876,44	49	1276,77
50	555,01	50	894,41	50	1303,73
51	582,63	51	940,44	51	1372,78
52	611,45	52	988,48	52	1444,85
53	641,15	53	1037,99	53	1519,10
54	671,89	54	1089,22	54	1595,95
55	751,96	55	1222,66	55	1796,11
56	785,87	56	1279,19	56	1880,90
57	821,51	57	1338,59	57	1970,00
58	857,94	58	1399,30	58	2061,07
59	894,64	59	1460,47	59	2152,82
60	931,91	60	1522,58	60	2245,99

## ACTIVIDAD

Actor	Guardería Infantil
Aduanas (Agentes)	Guía Turístico
Agente Comercial	Ingeniero
Agente Ventas	Ingeniero Técnico
Ama De Casa	Inspector De Hacienda
Aparejador (Visita A Obras)	Inspector De Matadero
Armador de buques	Inspector De Mercado
Arquitecto (Visita A Obras)	Inspector De Seguros
Artículos En Punto (Fabricación)	Inspector De Ventas
Ascensorista	Librero
Asentador Mercado	Limpiabotas
ATS	Manicura
Avicultor	Maquillador/a
Botánico	Marroquinería
Botones	Masajista
Caddy (Golf)	Modelo
Callista	Modista
Cámara de Televisión	Mozo De Equipaje
Camarero (Propietario)	Músico
Capataz (Solo Dirección Y Vigilancia)	Ordenanza
Cartero	Orfebre
Celador	Osteópata
Cinematografía (Personal Técnico)	Peluquero
Comadrona	Perito
Comercial	Pintor (Artístico)
Comerciante	Podólogo
Comercio	Político
Comestibles (Tienda)	Portero de inmueble
Comisionista	Practicante
Confitero	Protésico Dental
Conserje	Puericultor
Constructor-gerente (con visita a obras)	Quiropráctico
Contratista De Obras (Sin Trabajo Manual)	Radiólogo
Costurera	Radiotécnico (Sin Instalacion De Antenas)
Chocolatero	Relojero
Decorador	Representante De Comercio
Directivo (Con Desplazamiento)	Sastre/Modista
Disc Jockey	Tatuador
Editor (Con Trabajo Manual)	Técnico Audio-Video
Enfermera / ATS / Due	Técnico en Electrónica
Enólogo	Técnico Sanitario Diverso
Escaparatista	Telefonista
Esteticien	Tintorero
Ferretería	Vendedor con almacén/esfuerzo
Físico (Excepto Nuclear)	Viajante
Fisioterapeuta	Visitador Medico
Fotógrafo	
Gobernanta	



## DATOS PERSONALES

Nombre ..... Apellido 1 ..... Apellido 2 .....

DNI ..... Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NO OLVIDE FECHAR Y FIRMAR, ASÍ COMO CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS. EN FUNCION DE SUS RESPUESTAS SE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Altura: ..... cm	Peso: ..... Kgs.	¿Fuma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
¿Consume o ha consumido drogas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Le han hecho las pruebas del SIDA o VIH?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Resultado .....
¿Padece Hipertensión Arterial?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Tratamiento o control médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Consume bebidas alcohólicas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
¿Está o ha estado de baja laboral más de 15 días en los últimos 15 años?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Causa y año: .....
¿Tiene alguna malformación, deformación o anomalía congénita o adquirida?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardiacos o circulatorios, enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales, artrosis, protusiones, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Alteraciones psíquicas y/o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicopáticas, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afectaciones de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Afectaciones genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Padece alguna afección todavía no nombrada?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivo y Fecha .....
¿Tiene material de osteosíntesis?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Fecha prevista de retirada .....
¿Tiene previsto o ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, escaner o tac, doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos y resultados .....
¿Ha sufrido lesiones musculares, articulares, ligamentosas, tendinosas o reumáticas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha sufrido algún accidente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Naturaleza y fecha .....
					¿Ha dejado secuelas? .....
¿Está en la actualidad bajo control médico y/o medicación?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
¿Ha tramitado o está tramitando una solicitud de invalidez?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos .....
¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Importe y cobertura .....

## TIPO DE TRABAJO

Trabajo Manual	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Corrientes eléctricas de más de 380 voltios	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de maquinaria	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos en alturas a más de 10 metros	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de herramientas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos con carga o esfuerzo físico	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Empleo de materias explosivas, corrosivas o cortante	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Viaja más de 40.000 km/año en automóvil	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## ACTIVIDAD DEPORTIVA Y AFICIONES

¿QUE DEPORTES REALIZA?  AFICIONADO  FEDERADO  PROFESIONAL ¿Cuál? .....

¿Conduce motos con cilindrada igual o superior a 500 cc?  Sí, sólo como medio de transporte  Sí, motociclismo  No

En ..... de ..... a ..... de ..... de 20..... FIRMA DEL ASEGURADO FIRMA DEL COLABORADOR

Mediante la suscripción del presente documento declara haber sido informado de que todos sus datos personales facilitados en este documento, incluidos los de salud, así como la restante información que pueda proporcionar a lo largo de la duración de la relación contractual, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo, ejecución y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (c/ Gardoqui, 1 Bilbao - Vizcaya). Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para la gestión y liquidación de siniestros, así como a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, denegándose la formalización del seguro en caso contrario, por lo que el solicitante, mediante la suscripción del presente documento, otorga su consentimiento expreso a los mismos. Le rogamos nos indique a continuación si se opone a que el responsable del fichero pueda hacer uso de los datos e información recabados, con la finalidad de ofrecerle información sobre otros productos o servicios de SVRNE, de cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE o de terceras empresas dedicadas o no a actividades de aseguramiento y previsión social con las que SVRNE haya firmado acuerdos de distribución de seguros y productos de previsión social.

Me opongo a que se utilicen los datos con la finalidad expresada.  
Así mismo, se le informa de que, salvo que nos manifieste expresamente su oposición marcando la casilla articulada al efecto, sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, podrán ser conservados y tratados aunque no se formalice el contrato de seguro, con la finalidad de controlar y gestionar futuras solicitudes que pueda realizarnos. De igual modo y con la misma finalidad, los citados datos podrán ser cedidos a las restantes entidades del Grupo SVRNE dedicadas al sector del aseguramiento y previsión social.  
 Me opongo a la conservación y tratamiento de mis datos en caso de que no se formalice el contrato de seguro.  
Salvo oposición expresa por su parte marcando las casillas articuladas al efecto entendemos que otorga su consentimiento a los tratamientos y cesiones indicadas. Todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Asegurado conforme al procedimiento general establecido al efecto.

## GRUPO III

OPCIÓN A - BASIC		OPCIÓN B - LINE		OPCIÓN C - PREMIUM	
FALLECIMIENTO	30.000	FALLECIMIENTO	50.000	FALLECIMIENTO	90.000
IPA	30.000	IPA	50.000	IPA	90.000
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	30.000	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	50.000	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	90.000
IPA POR ACCIDENTE	30.000	IPA POR ACCIDENTE	50.000	IPA POR ACCIDENTE	90.000
BAJA DIARIA	20	BAJA DIARIA	30	BAJA DIARIA	50
Franquicia	7	Franquicia	7	Franquicia	7
edad	PRIMAS FINALES	edad	PRIMAS FINALES	edad	PRIMAS FINALES
18	569,06	18	907,28	18	1308,54
19	569,48	19	907,97	19	1309,58
20	569,85	20	908,58	20	1310,50
21	570,15	21	909,08	21	1311,25
22	570,45	22	909,58	22	1312,00
23	570,71	23	910,03	23	1312,67
24	571,01	24	910,53	24	1313,42
25	571,28	25	910,97	25	1314,08
26	570,95	26	910,41	26	1313,25
27	570,63	27	909,89	27	1312,46
28	570,26	28	909,28	28	1311,54
29	569,86	29	908,61	29	1310,54
30	569,48	30	907,97	30	1309,58
31	569,68	31	908,30	31	1310,08
32	570,13	32	909,05	32	1311,21
33	571,01	33	910,53	33	1313,42
34	572,61	34	913,19	34	1317,42
35	574,85	35	916,91	35	1323,00
36	577,58	36	921,47	36	1329,83
37	580,60	37	926,50	37	1337,38
38	583,78	38	931,80	38	1345,33
39	587,45	39	937,91	39	1354,50
40	591,53	40	944,72	40	1364,71
41	596,20	41	952,50	41	1376,38
42	601,43	42	961,22	42	1389,46
43	607,03	43	970,55	43	1403,46
44	612,91	44	980,36	44	1418,17
45	635,09	45	1017,31	45	1473,60
46	641,90	46	1028,67	46	1490,64
47	649,64	47	1041,56	47	1509,97
48	658,17	48	1055,78	48	1531,31
49	667,87	49	1071,95	49	1555,56
50	678,65	50	1089,92	50	1582,52
51	710,49	51	1142,98	51	1662,11
52	743,73	52	1198,39	52	1745,21
53	778,08	53	1255,63	53	1831,07
54	813,66	54	1314,93	54	1920,03
55	898,83	55	1456,88	55	2132,96
56	938,12	56	1522,37	56	2231,18
57	979,39	57	1591,16	57	2334,37
58	1021,76	58	1661,76	58	2440,27
59	1064,68	59	1733,30	59	2547,58
60	1108,51	60	1806,34	60	2657,14

## ACTIVIDAD

Acuchillador De Suelos	Cemento (Fabr. Con Extrac Sin Explos)	Escultor	Mensajeros De Furgoneta
Afilador	Cerrajero	Esmaltador	Monitor De Deportes
Agricultor	Cestero	Espeleólogo	Montador
Agricultor/Ganadero	Cincelador	Estibador	Montador Andamios
Agrimensor	Cocinero	Fabricación Caucho	Moza De Almacén
Agroforestal	Colocadores De Pavimento (Moqueta)	Feriante	Mudanzas
Agrónomo	Colocadores De Pavimento (Parquet,..)	Ferroviano	Obrero Const.Taller/Fábrica
Aislamiento (Suelos Y Paredes)	Conductor Camión (Materias No Peligrosas)	Floricultor	Operario
Ajustador	Conductor de maquinaria pesada	Fontanero	Operario/Empleado Fábrica / Taller
Albañil	Conductor en general	Forjador	Panadero Con Elaboración
Alfarero	Confección De Prendas De Vestir	Fresador	Pastelero
Alicatador	Consignatorio Buques (Vigilanc Carg/ Desc)	Frutero	Peletero
Almacenero	Construcción	Fumigador	Peluquería canina
Almacenista	Constructor	Funcionario De Prisiones	Persianista
Almidón (Fabricación)	Constructor-gerente (sin visita a obra)	Fundidor	Pescadero
Analista	Contección Textil	Funeraria	Pescador (Bajura)
Analista Laboratorio	Contratista de obras con trabajo manual	Ganadero	Pintor SIN trabajos en altura
Andamiaje (Instalador)	Control De Producción	Geólogo	Podador
Anodizador/Cromador	Controlador	Gerente Empresa (Con Trabajo Manual)	Práctico De Puerto
Antenista De Emisoras Radio Y Televisión	Cristalero	Grabador Artístico	Profesor (Autoescuela)
Apicultor	Chapador	Gruista	Profesor (Deportes)
Armero	Chapista	Guarda De Cementerio	Profesor de autoescuela
Arqueólogo (Con Excavaciones)	Charcutero	Guarda De Jardines Y Parques	Profesor De Tenis
Artesano	Chatarrero	Guarda De Museos	Químico (Con Uso De Materias Inflamables)
Ascensor (Reparación)	Chófer (Personal)	Guarda Forestal	Químico (Sin Uso De Materias Inflamables)
Ascensores (Instalador)	Churrero	Herrero	Reparador (Electrodomésticos-Sonido)
Aserrador	Deshollinador	Hojalatero	Repartidor
Asfaltador	Detective	Horticultor	Reportero
Asfalto (Fabricacion)	Distribuidor-Reperto	Hosteleria	Reportero
Astillero	Droguero (Con Materias Inflamables)	Impermeabilizador	Restaurador
Ats Centro Psiquiatrico	Ebanista	Impresor	Serigrafista
Auxiliar De Vuelo	Electricista	Instalador en general SIN trabajo en alturas (+ 10 m)	Siderúrgico
Ayudante De Cocina	Electricista	Investigador Privado	Socorrista
Ayudante De Obras Publicas	Embalador	Jardinero	Soldador
Azafata (o), Auxiliar de vuelo	Embaldosador	Joyero (Fabricacion)	Tapicero
Azafata De Congresos/Ferias	Embutido (Elaboración)	Laminador	Taxidermista
Azafata de vuelo	Empapelador	Lampista (Taller, Obras)	Taxista
Azúcar (Fabricación Y Refinado)	Empleado de la construcción	Lana (Fabricación De Tejidos)	Técnico De Laboratorio
Bailarín	Empleado Fábrica / Taller	Lavandería	Técnico De Radio/Televisión
Barman	Empleado Funeraria	Lechero	Tendero
Barnizador	Empleado Gasolinera / Garaje	Limpiador (Exteriores Con Andamios)	Tipógrafo
Barrendero	Empleado Hostelería	Limpiador (Interiores/Exteriores Sin Andamios)	Topógrafo
Basurero	Empleados De Limpieza	Limpieza	Tornero
Bodeguero	Encargado De Obras	Litógrafo	Transportista (Materias No Peligrosas)
Calderero	Encofrador	Manipulador De Alimentos	Transportista/Montador
Camarero (Empleado)	Encuadernador (Con Taller Mecanico)	Maquinista Ferroviano	Veterinario
Carbonero	Entarimador	Marmolista	Vidriero
Carniceros	Enterrador	Matarife	Viticultor
Carpintero	Envasador	Mecánico	Zapatero en reparación
Carpintero metálico	Enyesador	Médico De Centro Psiquiátrico	
Carreteras (Construcción)	Escayolista	Mensajero	
Carrocero			