



¡Únete a nuestro Club y paga menos!



COBERTURA TOTAL

Fallecimiento por cualquier causa
Invalidez permanente absoluta
Ayuda inmediata
Doble efecto hijos



TARIFA PLANA /18-60 años

Sin discriminación por edad,
destino o actividad de riesgo



PRIMA ANUAL

80€ CAPITAL 50.000 €

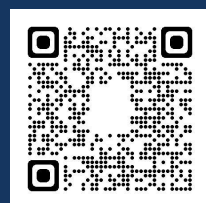
154€ CAPITAL 100.000 €

228€ CAPITAL 150.000 €

¡Llámanos y te informamos!

91 360 53 70 - 616 652 822

grmsegueros.com



Especialistas en seguros para las Fuerzas Armadas y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

Efecto desde el ____ / ____ / ____

Nombre _____ Apellidos _____

NIF/Otro documento _____ F. Nacimiento ____ / ____ / ____ Telf. _____ Móvil _____

Domicilio _____

Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____ Email _____

Cuerpo _____ Destino _____ Empleo _____

Ejemplo: FAS, GUARDIA CIVIL, POLICIA NACIONAL, POLICIA LOCAL, etc., y si es FAS a qué Ejército pertenece: TIERRA, AIRE o ARMADA)

Cuenta Bancaria: IBAN

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

Si nos ha conocido por una recomendación, indique el Nombre y Apellidos de la persona que nos ha recomendado

PRIMAS, CAPITALES Y FORMA DE PAGO

Sin recargo por fraccionamiento del pago

Se permite el pago con tarjeta

*Edad máxima de contratación 60 años.

CAPITAL 50.000 € 100.000 € 150.000 €

Marque con una X la opción elegida

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ● Prima total Anual | <input type="checkbox"/> 80 € | <input type="checkbox"/> 154 € | <input type="checkbox"/> 228 € |
| ● Prima total Semestral | <input type="checkbox"/> 40 € | <input type="checkbox"/> 77 € | <input type="checkbox"/> 114 € |
| ● Prima total Trimestral | <input type="checkbox"/> 20 € | <input type="checkbox"/> 39 € | <input type="checkbox"/> 57 € |

GARANTÍAS

FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA: pago del capital asegurado por esta garantía si el Asegurado fallece por cualquier causa (enfermedad, accidente o 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 Euros 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 todo 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 en su defecto a mis herederos legales
- La Entidad Financiera _____ por el préstamo nº _____ para vincular la hipoteca con el seguro y el resto a mis herederos legales
- Otra fórmula _____

Declaraciones del solicitante

¿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 indique causa, inicio y eventual término de la baja.

Marcar con una X

NO SI

¿Tiene Usted algún defecto físico, alguna secuela de gravedad 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 adjuntar informe reciente.

Marcar con una X

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: _____ Firmado el Asegurado

CONSULTING 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 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. 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 15/1999).

T. 91360 53 70 - 91 702 23 48 - 616 652 822

info@grmsegueros.com www.grmsegueros.com

GRM es la División militar de la Correduría de Seguros CONSULTING EUROPEO DE RIESGOS, S.L. Correduría de Seguros Rº DGSFP Nº J1901 CIF.: B82103144

Pº General Mtez CampoS 41^ª - 2801 0
Madrid