unirasa
CORREDURÍA DE SEGUROS

Somos PROTECTORES del Patronato de Huérfanos

EL SEGURO DE DECESOS MÁS ECONÓMICO QUE **NUNCA** **TE HAN OFRECIDO**

SEGURO DE DECESOS
ESPECIAL
FUERZAS ARMADAS

PLAN FAMILIAR DE
DECESOS

por persona por persona por persona por persona
2 €/mes*

CONTÁCTANOS Y AHORRA
981 14 22 20
unirasa.es

Paseo de Ronda, 3 bajo. 15011 - A Coruña
Oficinas: Ferrol, Santiago, Madrid (próximamente en el Centro Cultural de los Ejércitos, Gran vía 13)
produccion@unirasa.es

UNI RASA IBERICA CORREDURIA DE SEGUROS, SL, es una empresa de mediación autorizada por el Ministerio de Economía y Hacienda-Dirección General de Seguros e inscrita en el Registro Especial con el número J-325, teniendo suscrito un seguro de Responsabilidad Civil Profesional y dispone de capacidad financiera legalmente establecida. Dedicación exclusiva a Seguros.

GARANTÍAS INCLUIDAS

- Libre elección de tanatorio y lugar de inhumación, incineración.
- Traslado nacional e internacional.
- Asistencia Médico-farmacéutica y hospitalización en el extranjero.
- Incluye servicio dental.
- Trámites Gestoría: Impuestos, Notaría, Registros.

EDAD	PRIMA MES
De 0 hasta 3 meses	GRATIS
De 3 meses hasta 64 años	2,00€
De 65 hasta cumplir 69 años	5,00€
De 70 hasta cumplir 74 años	10,00€
De 75 hasta cumplir 9.999 años	15,00€

El alta en el seguro será antes de los 75 años.
Si causa alta entre 75 y 77 años pagará 50€.
Si causa alta con 78 y más años, prima única.

Oferta válida hasta 31/12/2024

DECESOS (5.000€ DE CAPITAL) **+ ASISTENCIA**

INFÓRMATE... SERVICIO: sólo una llamada 24 horas, 365 días, desde España o extranjero y repatriación

GARANTÍAS OPCIONALES (CONSULTAR PRIMAS)

Repatriación:
Repatriación de asegurados de nacionalidad extranjera a su país de origen.

Repatriación Plus:
Repatriación, puedes proteger a tus familiares en Latinoamérica.
La aseguradora pone a tu disposición un nuevo servicio de asistencia funeraria para tus familiares en tu país de origen:

- Incluye hasta a 5 beneficiarios por póliza.
- Sin límite de edad.

Residentes:
Traslado del Asegurado fallecido de Nacionalidad Española residente en el extranjero.

síguenos en redes sociales:

Rellena la solicitud y envíala escaneada al mail produccion@unirasa.es

Este documento es únicamente de carácter informativo. Carece de valor contractual. Consulta las condiciones generales y particulares.

unirasa
CORREDURÍA DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA FAMILIAR
(Decesos y Garantías Complementarias)

Fecha de efecto ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

APELLIDOS Y NOMBRE:_____ DNI: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DIRECCIÓN:_____ POBLACIÓN:_____C.P.:_____

PROVINCIA: _____ TELF:_____ MÓVIL:_____ OTRO:_____

AP. CORREOS:_____ E-MAIL:_____

CUENTA BANCARIA / DOMICILIO DE COBRO: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

RELACIÓN DE ASEGURADOS

Nº	Nombre y Apellidos	N.I.F.	Fecha Nacimiento
1	_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
2	_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
3	_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
4	_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
5	_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
6	_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

GARANTIAS CONTRATADAS

TRASLADO NACIONAL, ASISTENCIA EN VIAJE, INITHEALTH Y TRAMITES DE GESTORIA INCLUIDO PARA TODOS LOS ASEGURADOS

SERVICIO	NICHO	LÁPIDA O INCINERACIÓN	TANATORIO	REPATRIACIÓN	RESIDENTES
5.000€	Incluido	Incluido	Incluido	☐	☐

CUESTIONARIO DE SALUD (Obligada cumplimentación)

(Marcar con una x) ¿Se encuentra Usted en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido en los últimos seis meses alguna enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante mas de quince días consecutivos? En caso afirmativo indique causa, inicio y eventual término de la baja. _____ ☐ SI ☐ NO

(Marcar con una x) ¿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. ☐ SI ☐ NO

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado _____
La respuesta afirmativa puede ser motivo de reconocimiento médico o la no aceptación como asegurado.

☐ SI ☐ NO AUTORIZO a tratar los datos de carácter personal recogidos en el presente formulario que puedan requerirse para el correcto funcionamiento del servicio solicitado, incluido aquellos datos que hagan referencia al estado de salud y otros datos especialmente sensibles. (Si no nos autoriza este tratamiento, la entidad FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE, S.A., no podrá prestarle el servicio solicitado.)

☐ SI ☐ NO AUTORIZO el envío de cualquier clase de información relacionada con la actividad de la entidad al correo electrónico facilitado.

EL TOMADOR_____

(Obrando por su cuenta y en nombre de los asegurados)

A ____ de _____ del 20_____

El que suscribe solicita del asegurador que extienda una póliza de decesos conforme a las condiciones que se derivan de esta solicitud y en base a las declaraciones anteriores. El Tomador solicita de **FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE, S.A.** un seguro de decesos y sus complementarios / accidentes individuales, declarando a tal efecto que los datos y cantidades arriba expresados son ciertos, y perfecto el estado de salud del solicitante y los demás inscritos, aceptando el importe de la/s prima/s a pagar resultante de las garantías contratadas.
El presente contrato se regirá por la legislación española y en concreto, por la Ley de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, su Reglamento y por la normativa específica de aplicación.
De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sus datos serán tratados por FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A., para gestionar el presupuesto solicitado. Podrá ejercer los derechos reconocidos en la normativa mencionada, enviando una solicitud a la dirección Avda. de las Cortes Valencianas, Nº17 entresuelo 8 46015, Valencia, o a través de la siguiente dirección de correo electrónico lopd@activeseguros.com, adjuntando fotocopia del D.N.I. Puede solicitar más información sobre el modo en el que tratamos sus datos, dirigiéndose a la dirección de correo indicada o entrando en nuestra página web www.activeseguros.com.
Con la firma de este contrato, los asegurados otorgan su consentimiento para que los datos personales que constan en el presente contrato puedan ser automatizados con el fin de suscribir el contrato de seguro y/o ofrecerle otros seguros o garantías de esta entidad. Así mismo, consiente que sean cedidos, en todo o en parte, a otras entidades o instituciones colaboradoras del sector, por razones de reaseguro. Declaro haber leído el contenido íntegro de este cuestionario y haber contestado con exactitud a sus preguntas, así como manifiesto la veracidad de lo recogido en el mismo dando prueba de conformidad mediante mi firma. Con la entrada en vigor de la nueva Ley 16/2009 de Servicios de Pagos de 4 de diciembre de 2009, estamos en la obligación de solicitarles autorización para remesar los recibos de la póliza con nosotros contratada, a su cuenta bancaria.
Les rogamos nos rellenen y firmen la presente autorización, anexo a su poliza de seguros. Autorizamos a la empresa FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE, S.A. (o en su nombre comercial ACTIVE SEGUROS), con CIF A- 46001186 a cargar en la cuenta arriba indicada, el importe de los recibos emitidos a nuestra entidad. Y para que así conste y surtan los oportunos efectos, lo firmo.