Solicitud de seguro

NO ESCRIBAS EN LAS CASILLAS SOMBREADAS

Adeslas

Nº de solicitud | | | | | | | | | | Alta: ☐ Modificación: ☐ Traspaso: ☐

Nº de póliza: | | | | | | | | | Nº de certificado: | | | | | | | | | Nº de subcolectivo: | | Delegación: | | |

Efecto: | | / | | / | | | | Vencimiento: | | / | | / | | | | Campaña: | | | | | | | | |

Clave mediador 1: _____ Clave mediador 2: _____

DATOS DEL TRASPASO (A CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE TRASPASO)[1]

Nº de póliza de procedencia[2]: | | | | | | | | | Nº de certificado[2]: | | | | | | | | | Procede extorno: ☐

Baja total de la póliza: ☐ Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADOS): ☐

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Estado civil[4]: ☐ Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

Idioma de la documentación[4]: ☐ Forma de pago[4]: ☐ IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos adicionales del tomador (a cumplimentar SOLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARIO RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

Nº de póliza de procedencia: | | | | | | | | | Nº de certificado: | | | | | | | | |

Datos a cumplimentar SOLO SI CONTRATAS CUALQUIER PRODUCTO DE LA GAMA ADESLAS NEGOCIOS Y EMPRESAS (persona jurídica/CIF).

¿Los asegurados son **TODOS LOS EMPLEADOS** del tomador?[6] Sí: ☐ No: ☐

Confirmo que las personas a asegurar son empleados, socios y/o familiares de los mismos.

DATOS ASEGURADOS

1. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

2. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

3. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

PRODUCTO	**OBSERVACIONES**

COMPLEMENTOS ADICIONALES POR ASEGURADO

Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3

Resolución solicitud: Aceptada: ☐ Rechazada: ☐ Exclusiones: ☐

1, 2, 3, 4, 5 y 6, ver instrucciones de cumplimentación en el reverso.

Declaro que la aseguradora ha puesto a mi disposición el documento de información del producto (IPID) que figura en la presente solicitud y la nota informativa del mismo con carácter previo a la posible contratación del seguro que se solicita.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. RESPONSABLE: SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros. **FINALIDAD**: mantener la relación contractual, así como ponernos en contacto contigo para informarte sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de tu interés. Para el desarrollo de esta finalidad tus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado/segmentación que permitan que los productos o servicios que podamos ofrecerte se ajusten lo máximo posible a tus intereses y necesidades. Si no deseas que nos pongamos en contacto contigo con esta finalidad, puedes indicarlo marcando la casilla que encontrarás a continuación.

☐ No deseo que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros.

LEGITIMACIÓN: para la gestión del contrato de seguro: ejecución de un contrato. Para informar sobre productos o servicios de SegurCaixa Adeslas: interés legítimo del responsable. **DESTINATARIOS**: no se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza. No obstante, caso de que prestes tu **consentimiento**, mediante la marcación de la casilla que encontrarás a continuación, tus datos identificativos y de contacto podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto contigo para informarte sobre sus productos o servicios. **DERECHOS**: acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL**: puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

☐ **Consiento** que mis datos personales identificativos y de contacto sean comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto conmigo para informarme sobre sus productos o servicios.

Fecha: | | / | | / | | | | |

Firma tomador/Firma representante legal: _____

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

SL.AS.F.009/10

COPIA PARA LA COMPAÑÍA

Solicitud de seguro

NO ESCRIBAS EN LAS CASILLAS SOMBREADAS

Adeslas

Nº de solicitud | | | | | | | | | | Alta: ☐ Modificación: ☐ Traspaso: ☐

Nº de póliza: | | | | | | | | | Nº de certificado: | | | | | | | | | Nº de subcolectivo: | | Delegación: | | |

Efecto: | | / | | / | | | | Vencimiento: | | / | | / | | | | Campaña: | | | | | | | | |

Clave mediador 1: _____ Clave mediador 2: _____

DATOS DEL TRASPASO (A CUMPLIMENTAR SOLO EN CASO DE TRASPASO)[1]

Nº de póliza de procedencia[2]: | | | | | | | | | Nº de certificado[2]: | | | | | | | | | Procede extorno: ☐

Baja total de la póliza: ☐ Baja de asegurados traspasados (SE MANTIENE EL RESTO DE ASEGURADOS): ☐

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Estado civil[4]: ☐ Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

Idioma de la documentación[4]: ☐ Forma de pago[4]: ☐ IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos adicionales del tomador (a cumplimentar SOLO SI ES ASEGURADO) (SI SE CUMPLIMENTA ESTE APARTADO NO SERÁ NECESARIO RELLENAR LOS DATOS DEL TOMADOR COMO ASEGURADO)

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

Nº de póliza de procedencia: | | | | | | | | | Nº de certificado: | | | | | | | | |

Datos a cumplimentar SOLO SI CONTRATAS CUALQUIER PRODUCTO DE LA GAMA ADESLAS NEGOCIOS Y EMPRESAS (persona jurídica/CIF).

¿Los asegurados son **TODOS LOS EMPLEADOS** del tomador?[6] Sí: ☐ No: ☐

Confirmo que las personas a asegurar son empleados, socios y/o familiares de los mismos.

DATOS ASEGURADOS

1. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

2. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

3. Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: | | | | | | | | | |

Domicilio. Tipo de vía[4]: | | | | Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: | | | | | Población: _____

Fecha de nacimiento: | | / | | / | | | | Hombre: ☐ Mujer: ☐ Parentesco[4]: | | Profesión[4]: | | |

Teléfono: | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | | | | | | | | Correo electrónico: _____

¿Has sido cliente anteriormente de la compañía? Sí: ☐ No: ☐ ¿Solicitas exención de carencias?[5] Sí: ☐ No: ☐ Cuadro médico: | | |

SOLO EN TRASPASOS Nº de póliza de procedencia[3]: | | | | | | | | | Nº de certificado[3]: | | | | | | | | |

PRODUCTO	**OBSERVACIONES**

COMPLEMENTOS ADICIONALES POR ASEGURADO

Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3

Resolución solicitud: Aceptada: ☐ Rechazada: ☐ Exclusiones: ☐ 1, 2, 3, 4, 5 y 6, ver instrucciones de cumplimentación en el reverso.

Declaro que la aseguradora ha puesto a mi disposición el documento de información del producto (IPID) que figura en la presente solicitud y la nota informativa del mismo con carácter previo a la posible contratación del seguro que se solicita.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. RESPONSABLE: SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros. **FINALIDAD**: mantener la relación contractual, así como ponernos en contacto contigo para informarte sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de tu interés. Para el desarrollo de esta finalidad tus datos serán tratados para aplicar técnicas de perfilado/segmentación que permitan que los productos o servicios que podamos ofrecerte se ajusten lo máximo posible a tus intereses y necesidades. Si no deseas que nos pongamos en contacto contigo con esta finalidad, puedes indicarlo marcando la casilla que encontrarás a continuación.

☐ No deseo que se pongan en contacto conmigo para informarme sobre productos o servicios ofrecidos por SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros.

LEGITIMACIÓN: para la gestión del contrato de seguro: ejecución de un contrato. Para informar sobre productos o servicios de SegurCaixa Adeslas: interés legítimo del responsable. **DESTINATARIOS**: no se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza. No obstante, caso de que prestes tu **consentimiento**, mediante la marcación de la casilla que encontrarás a continuación, tus datos identificativos y de contacto podrán ser comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto contigo para informarte sobre sus productos o servicios. **DERECHOS**: acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL**: puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, incluida la forma de retirar el consentimiento, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

☐ **Consiento** que mis datos personales identificativos y de contacto sean comunicados a CaixaBank, S.A. con la finalidad de que puedan ponerse en contacto conmigo para informarme sobre sus productos o servicios.

Fecha: | | / | | / | | | | Firma tomador/Firma representante legal: _____

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

SL.AS.F.009/10

COPIA PARA EL CLIENTE

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación, Solvencia y Supervisión de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, se informa al solicitante de que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con NIF A-28011864 y domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid (España), inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

1. Asimismo, se le informa de que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro. A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, SegurCaixa Adeslas dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando estas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, paseo de la Castellana 259 C, 28046 Madrid. El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes, contado desde la fecha de presentación de la misma.

2. Asimismo, los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello, deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que este hubiera resuelto o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados, en todo caso, podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

HOJA DE INSTRUCCIONES

1. Traspaso: se produce cuando un cliente actual de SegurCaixa Adeslas solicita un cambio de producto que implica la anulación de su contrato actual y la firma de un nuevo contrato de póliza. El cambio de producto debe hacerse a otros productos de la misma familia (de asistencia sanitaria a asistencia sanitaria, de dental a dental, de accidentes a accidentes, etc.). Además, se requiere que el cliente se encuentre al corriente de pago en su póliza actual y que mantenga la continuidad del seguro (la fecha de baja en la póliza original debe coincidir con la fecha de alta en la nueva póliza a la que se traspasa, de manera que no haya ningún periodo sin aseguramiento).

2. En caso de traspaso, cuando todos los asegurados en la nueva póliza provengan de un mismo contrato, se indicará la póliza de origen en el apartado "Datos del traspaso", en la casilla "Número de póliza de procedencia", de la solicitud (traspaso puro).

3. En caso de traspaso, si los asegurados provienen de distintas pólizas, se indicará la póliza de procedencia en la casilla correspondiente a la información de cada asegurado (apartado "Datos asegurados", subapartado "Solo en traspasos").

4. Los códigos a utilizar se encuentran en los cuadros adjuntos.

5. Exención de carencias: en caso de que el tomador o los asegurados soliciten exención de carencias, se requiere que a la solicitud se le adjunten los recibos que acrediten haber abonado la prima del seguro anterior, así como las condiciones particulares o generales del producto que tenían contratado anteriormente.

6. "SÍ": se adhiere al seguro toda la plantilla con la relación de empleados y el número de asegurados a contratar. Los asegurados son TODOS los empleados del tomador y con posibilidad de incluir socios y/o familiares de los mismos.

"NO": únicamente se adhiere una parte de los empleados y/o socios con posibilidad de incluir familiares de los mismos.

Idioma de la documentación
1: castellano
2: catalán

Tipo de vía
AG: agrupación
AL: alameda
AP: apartamentos
AV: avenida
BC: barranco
BD: bajada
BL: bloque
BO: barrio
CH: chalet
CJ: callejón
CL: calle
CM: camino
CO: colonia
CR: carretera
CS: casa
CT: cuesta
DS: diseminado
ED: edificio
GL: glorieta
GR: grupo
LG: lugar
MC: mercado
PD: partida
PG: polígono
PJ: pasaje
PL: plazoleta
PQ: parque
PR: prolongación
PS: paseo
PZ: plaza
RB: rambla
RD: ronda
SD: subida
SN: senda
TR: travesía
TT: torrente
UR: urbanización

Estado civil
S: soltero
C: casado/pareja
E: separado
D: divorciado
V: viudo
O: otro

Forma de pago
A: anual
M: mensual
B: bimestral
S: semestral
T: trimestral

Parentesco
CO: cónyuge
HI: hijo(a)
NI: nieto(a)
PA: padre o madre
AB: abuelo(a), bisabuelo(a)
HE: hermano(a), primo(a)
OT: otro

Código y profesión (a cumplimentar solo en caso de contratar seguro complementario de Incapacidad Temporal).

099 No definido	919 Empleado con trabajos carga/descarga sin maquinaria	980 Leñador	959 Profesional especialista en industria alimentaria / pescadero
900 Administrativo	947 Empleado industria química	929 Limpieza en interior de edificios	986 Profesional teatro, cine, televisión, música
939 Agricultor	920 Empleado no docente de centro de enseñanza	906 Locutor de radio-televisión en estudio	987 Profesor de actividades deportivas. Baile
968 Amo/a de casa	921 Escaparatista	955 Mecánico o planchista de automoción o maquinaria	960 Profesor auto-escuela
913 Apicultor	973 Estibador	981 Mensajero	910 Profesor de infantil, primaria, ESO, bachillerato
914 Artista con trabajos en taller	974 Estudiante	982 Minero	936 Profesor de escuela profesional
969 Aserrador	922 Floricultor-arboricultor	967 No autónomos	937 Profesor universitario-ciencias experimentales
915 Avicultor	923 Fotógrafo	930 Ordenanza (con trabajos de mantenimiento)	911 Profesor universitario-ciencias humanísticas
901 Azafata/auxiliar en tierra o de congresos	905 Fotógrafo de estudio	907 Ordenanza (sin trabajos de mantenimiento)	988 Religiosos, sacerdotes
940 Azafata/auxiliar en vuelo	975 Funcionario	931 Panadero	961 Reportero gráfico (territorio nacional)
941 Basurero	976 Fundidor	932 Pastelero	989 Soldador en buques y obras
970 Bombero, policía, guardia civil	948 Ganadero	956 Periodista (territorio nacional)	962 Taxista
990 Cantante de ópera	977 Guarda o vigilante jurado	933 Personal sanitario en hospital, clínica, ambulatorio	963 Titul. univ. con actividad fuera de oficinas/comercios
971 Cantero sin explosivos	949 Guía turístico	934 Personal sanitario en laboratorio o taller	912 Titulado universitario en oficina/estab. comercial
916 Cartero (reparto a pie)	924 Herbolario con recogida hierbas	983 Pescador de altura	964 Trabajos construcción en exterior edificios
942 Cartero (reparto en vehículo)	925 Horticultor	957 Pescador de bajura, marino con singladuras de menos de 24 horas	965 Trabajos de carga y descarga con maquinaria
943 Cobrador	926 Hostelería/camarero	984 Piloto	938 Trabajos de construcción en interior de edificios
944 Comercial con gestiones fuera del centro de trabajo	950 Indust. transformadora con utilización de maquinaria	985 Pintor de andamios	966 Vigilante sin armas
945 Conductor de vehículos o maquinaria	951 Industria del reciclaje	935 Portero de inmueble (con trabajos de mantenimiento)	
917 Conserje (con trabajos de mantenimiento)	952 Instal. industriales/domésticas en exterior edificios	908 Portero de inmueble (sin trabajos mantenimiento)	
902 Conserje (sin trabajos de mantenimiento)	953 Instal./reparador calefacción, antenas, ascensores	958 Profesional con desplazamientos habituales (más de 1 por semana)	
918 Decorador	927 Instalaciones industriales y domésticas en el interior de edificios	909 Profesional desarrollando su actividad en oficinas	
972 Deportistas profesionales	978 Jardinero con poda de árboles		
946 Directivo que realiza viajes frecuentes	954 Jardinero sin poda de árboles		
903 Emp. comercial sin trab. fuera y sin carga-descarga/dependiente	928 Joyero (fabricación y reparación)		
904 Empleado del centro de estética o belleza	979 Jubilado/pensionista		