Fecha de solicitud

Fecha de efecto _____ Fecha de modificación _____ Nº. de Póliza _____

Datos del tomador

Apellidos y nombre: _____ F. nacimiento: _____
Tipo Doc: NIF ☐ NIE ☐ Num.: _____ Hombre ☐ Mujer ☐ E. civil: _____ Profesión: _____
Domicilio particular: _____
Localidad: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____
Email: _____ Móvil: _____ Fijo: _____
Trabaja por: cuenta ajena ☐ cuenta propia ☐ ambas ☐

Coberturas y Capitales a asegurar

Cobertura principal:
Fallecimiento: _____ €.

Cobertura complementaria:
Incapacidad permanente absoluta: _____ €.
El Capital asegurado en caso de Incapacidad no podrá ser superior al asegurado en la Cobertura Principal de Fallecimiento.

Periodicidad de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Designación de beneficiarios

Seguro de vida TAR:
En caso de fallecimiento:
Por orden prevalente y excluyente o ☐ A partes iguales o ☐ Herederos legales ☐

1. _____ NIF: _____
2. _____ NIF: _____
3. _____ NIF: _____

Autorización bancaria

Domiciliación bancaria: El tomador y deudor de esta póliza, una vez firmada dicha solicitud, autoriza a Avanza Previsión a que adeude en dicha cuenta bancaria, el importe relativo a dicha póliza contraída, con la periodicidad que corresponda, así como otros cargos relacionados con la misma.

Nombre y apellidos del titular de la cuenta: _____ NIF: _____
CÓDIGO IBAN ES _____ Firma titular:

El solicitante declara que son ciertas sus manifestaciones recogidas en esta Solicitud y se compromete a comunicar cualquier otro dato o modificación posterior que pudiese afectar al desarrollo del Seguro. Avanza Previsión manifiesta que esta Solicitud servirá de base para el cálculo de la prima y la emisión de la Póliza, caso de aceptación por parte de aquél, con absoluto respeto de ambas partes a la normativa legal vigente. La contratación o modificación del Seguro estará condicionada a la aceptación por parte de Avanza Previsión de esta Solicitud.

Firma del Tomador y fecha: En _____ a _____ de _____ de _____

Inscrita en el Reg. Merc. De Madrid, Tomo 40615. Libro 0. Folio 39. Sección 8. Hoja M-720731. Inscrip. 1ª. N.I.F. A01649037 y en el registro administrativo de Entidades Aseguradoras de la D.G.S.F.P. con el número C-0809 - Calle Villanueva 11, 28001 Madrid - Tel. 91 060 56 96 – Fax 91 576 47 59.

Peso ____ Kg Estatura ____ cm Tensión arterial: mínima ____ / ____ máxima

	Sí	No
¿Ha suscrito usted o tiene en tramitación otras pólizas de seguros de vida, accidentes o salud?		
¿Alguno de sus familiares consanguíneos más directos ha padecido o padece alguna enfermedad cardíaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años?		
¿Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización, intervención quirúrgica o consulta médica próxima?		
¿Tiene alguna alteración física, ha sufrido algún accidente/intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez?		
¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a algún chequeo o revisión médica, incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares?		
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad cardiaca, renal, cerebrovascular, respiratoria, neurológica, nerviosa o de transmisión sexual, hepatitis, sida, cáncer, diabetes o hipertensión?		
¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días y/o ha recibido alguna transfusión?		
¿Ha tomado o toma medicinas, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos?		

En caso de haber contestado afirmativamente a alguna de las preguntas. por favor amplíe información en este cuadro (fechas, dolencia, diagnósticos, tratamientos, etc.)

El solicitante declara haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas y conocer que las mismas son la base para la valoración del riesgo y para la formalización del contrato de seguro, de manera que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de estas declaraciones que incidan en la citada valoración será causa de nulidad del referido contrato. Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar o dar confidencialmente los informes que ésta precisara.

Firma y fecha: En ____ a ____ de ____ de ____

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, le informamos que el Responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este documento y cualquier otro dato facilitado por usted o terceras entidades para el desarrollo de las relaciones contractuales es Avanza previsión S.A (en adelante "Avanza"), cuyos datos son CIF: A01649037, Dirección Postal: C/ Villanueva 11, 28001 de MADRID, Correo Electrónico: contacto@avanzaprevision.com, contacto del Delegado de Protección: proteccion.datos@avanzaprevision.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que le vinculan con Avanza como Entidad Aseguradora, así como prevención del fraude. Asimismo, Avanza tratará sus datos personales con la finalidad de informarle sobre nuestras actividades, servicios y productos. Avanza facilitará sus datos personales a Administraciones públicas y terceros cuando exista obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. También realizará la cesión de los datos necesarios a terceros colaboradores de Avanza que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, detección de fraude, gestión de la póliza o de sus siniestros; y a entidades públicas con fines estadísticos en los supuestos legalmente habilitados. Sus datos se conservarán durante la vigencia de su contrato y una vez finalizada la misma, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión. En el supuesto de que el contrato no llegue a formalizarse, los datos facilitados se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento.
La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato de seguro. En relación al tratamiento con fines de mercadotécnica directa por parte de Avanza la base legal es el interés legítimo en poder atender mejor sus expectativas como cliente y el consentimiento que puede habernos prestado. También trataremos sus datos personales para el cumplimiento de obligaciones legales.
En cuanto a los datos personales referentes a otras personas físicas, que, por motivo del contrato deba comunicarnos deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.
Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión, además de ejercer el derecho de oposición, limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos. Puede solicitarlos por escrito ante Avanza a través de proteccion.datos@avanzaprevision.com. Siempre que lo desee puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.
Para más información puede consultar el siguiente enlace: www.avanzaprevision.com/política-de-privacidad

Inscrita en el Reg. Merc. De Madrid, Tomo 40615. Libro O. Folio 39. Sección 8. Hoja M-720731. Inscrip. 1ª. N.I.F. A01649037 y en el registro administrativo de Entidades Aseguradoras de la D.G.S.F.P. con el número C-0809 - Calle Villanueva 11, 28001 Madrid - Tel. 91 060 56 96 – Fax 91 576 47 59.