



Mediador: _____ Fecha de alta ____ / ____ / ____

Gestor (en caso de que existiese): _____

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y apellidos _____

NIF/NIE _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Nacionalidad _____

Dirección _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Email _____ Teléfono _____

Profesión _____ Trabaja por cuenta ajena cuenta propia

¿Realiza alguna actividad deportiva? Aficionado Federeado Profesional ¿Cuál? _____

Datos del Tomador (cumplimentar solo si es distinto del Asegurado)

Nombre y apellidos _____

NIF/NIE _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Nacionalidad _____

Dirección _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

Email _____ Teléfono _____

Coberturas y capitales a asegurar

Fallecimiento _____

Fallecimiento por accidente (capital adicional) _____

Fallecimiento por accidente de circulación (capital adicional) _____

Incapacidad permanente y absoluta _____

Incapacidad permanente y absoluta por accidente (capital adicional) _____

Incapacidad permanente y absoluta por accidente de circulación (capital adicional) _____

Incapacidad permanente total _____

Capitales

Periodicidad del pago

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

Documentación requerida

NIF/NIE

Titularidad bancaria

Proyecto

Designación de beneficiarios en caso de fallecimiento

Herederos legales

Libre designación

A partes iguales

Por orden prevalente y excluyente

1. _____ NIF _____

2. _____ NIF _____

3. _____ NIF _____

Autorización bancaria

Domiciliación bancaria: el solicitante de la póliza, una vez firmada la presente, y en su caso, la póliza, autoriza a Avanza Previsión a que adeude, en dicha cuenta bancaria, el importe relativo a dicha póliza.

Nombre y apellidos del titular de la cuenta _____

NIF _____ CÓDIGO IBAN ES _____

Firma del titular _____ En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del tomador/asegurado

Firma del asegurado si es distinto al tomador



Declaración de salud obligatoria

Estatura _____ cm. Peso _____ Kg.

Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización o intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez? Sí No

¿Por qué motivo? _____
Estado actual y secuelas _____

En los últimos 5 años ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado o ha sido sometido a exploración, o tiene previsto serlo de corazón, pulmón, trastorno circulatorio, digestivo, presión arterial alta o hipertensión, derrame cerebral, diabetes, problemas de riñón, hígado, trastornos neurológicos o psiquiátricos, infección por VIH, hepatitis B o C, cáncer, melanoma, tumor, quiste, bulto, pólipos? Sí No

¿Por qué motivo? _____
Estado actual y secuelas _____

Declaración de salud complementaria

Responde a las siguientes preguntas si:

- El asegurado es menor de 56 años y el capital asegurado es superior a 250.000 €.
- El asegurado tiene 56 años o más y el capital asegurado es superior a 100.000 €.

Para la determinación del capital se tendrá en cuenta el cúmulo de capitales, es decir todos los capitales que el cliente tenga asegurados con Avanza Previsión.

Responder SI o NO según corresponda. Si la respuesta es SI completar motivo, afección, estado actual y secuelas según corresponda.

¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años o le han realizado alguna cirugía? Sí No

¿Por qué motivo? _____
Estado actual y secuelas _____

¿En los últimos 3 años ha tenido algún síntoma que le haya obligado a realizar dos o más consultas a un médico especialista? Sí No

¿Por qué motivo? _____
Estado actual y secuelas _____

¿Durante el último año ha tenido alguna lesión, enfermedad o síntoma, de duración superior a 1 mes; tiene prevista alguna hospitalización o intervención quirúrgica o está de baja en la actualidad? Sí No

¿Cuál? _____
Estado actual y secuelas _____

En los últimos 12 meses ha estado incapacitado durante más de 15 días para el ejercicio de su profesión habitual a tiempo parcial o completo? Sí No

¿Por qué motivo? _____
Estado actual y secuelas _____

¿Está tomando o ha tomado en los últimos seis meses alguna medicación prescrita o no por un médico? Sí No

¿Por qué motivo? _____

Firma del tomador/asegurado

Firma del asegurado si es distinto al tomador

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 el plazo necesario para 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 mercadotecnia 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 solicitar 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/politica-de-privacidad.