

Vida

Cuestionario de datos para cumplimentar la póliza.

Allianz Seguros

Allianz Riesgo Protección Financiera

www.allianz.es

Cuestionario Sucursal Mediator Colaborador N° Póliza
Inicio Reemplaza a

Datos Generales

Datos del Tomador del Seguro

Apellidos o Razón Social Nombre

Domicilio

C. Postal Población Provincia

E-mail Teléfono Móvil Fax

Deseo recibir la documentación preferentemente vía correo electrónico.

Fecha de nacimiento Sexo Hombre Mujer NIF/CIF/NIE (adjuntar fotocopia en vigor del documento)

Actividad económica - Sector profesional

Situación laboral Trabajo por cuenta propia Trabajo por cuenta ajena Otros (detallar)

Si el tomador es persona jurídica, indicar los siguientes datos del titular/es de un porcentaje igual o superior al 25 % del capital social de la misma:

Nombre o Razón Social NIF/CIF/NIE Porcentaje

Nombre o Razón Social NIF/CIF/NIE Porcentaje

Designación de Beneficiarios en caso de Fallecimiento

Préstamo Personal: Entidad

Remanente

Préstamo Hipotecario: Entidad

Remanente

Forma de pago

Anual Semestral Trimestral Mensual Única

Entidad Bancaria Código Cuenta Cliente (CCC): Entidad Oficina D.C. Número de Cuenta

Primer Recibo (Sucesivos Bancarios)

Físico Medio de pago: Efectivo Cheque CCC del Tomador Cheque bancario al portador

Cheque bancario a Allianz Endoso de cheque Transferencia a favor de Allianz

Reinversión Allianz Reinversión parcial Allianz Traspaso de otra Compañía

Bancario

País de procedencia de los fondos: ESPAÑA En el caso de que los fondos provengan de un país distinto, especifique

Datos del Asegurado

El mismo tomador

Apellidos Nombre

Domicilio

C. Postal Población Provincia

E-mail Teléfono Móvil Fax

Fecha de nacimiento Sexo Hombre Mujer NIF/NIE

Actividad (ej. administrativo, tornero, estudiante)

Sector (ej. industria textil, construcción, banca) Código (adjuntar fotocopia en vigor del documento)

Tipo de actividad:

- I Profesiones y actividades sedentarias sin trabajo manual.
- II a) Agricultores sin uso ni conducción de maquinaria agrícola. b) Conductores de turismos y vehículos comerciales hasta 3.500 Kg de PMA. c) Personas con trabajo manual, con empleo de herramientas, sin trabajo en andamios, góndolas, torres o pozos, sin manejo de maquinaria pesada o peligrosa (corte, mordedura, presión, etc.). d) Sin manejo ni transporte de armas, materias explosivas, inflamables, corrosivas, tóxicas y/o radioactivas. e) Sin manejo de corriente de alta tensión.
- III a) Conductores u ocupantes de camiones de más de 3.500 Kg de PMA, autocares y maquinaria industrial agrícola, y/o obras públicas. b) Carga o descarga. c) Personas con empleo de maquinaria pesada o peligrosa (corte, mordedura, presión, etc.), trabajo en andamios o góndolas pero sin actuar en torres o pozos. d) Sin manejo ni transporte de armas, materias explosivas, inflamables, corrosivas, tóxicas y/o radioactivas. e) Sin manejo de corriente de alta tensión.
- IV Profesiones a consultar: deportistas profesionales, mineros, buzos, taladores, poceros, fuerzas de seguridad...

Allianz 

Riesgos y garantías a asegurar

Nº Póliza _____

Capital inicial a asegurar _____

Prima: Renovable Nivelada Duración: _____ años

Capital Decrecimiento: Proporcional Financiero

Préstamo: Interés _____ % Duración _____ años Carencia _____ años

Amortización: Anual Semestral Trimestral Mensual

Garantías a contratar

Básica - Capital en caso de fallecimiento

Complementarias:

Capital por invalidez absoluta y permanente

Protección de pagos por I.T. (Autónomos)

Declaración de Salud del Asegurado

A cumplimentar para capitales o cúmulos hasta 100.000€

En los últimos 5 años:

¿Se ha sometido a pruebas de diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades (cáncer, infarto de miocardio, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal, cirugía cardíaca, transplante de órganos vitales tales como corazón, pulmón, hígado, páncreas o médula ósea), o ha realizado tratamiento médico durante más de 7 días, o ha tenido que interrumpir su rutina diaria por motivos de salud durante más de 7 días? Sí No

Para capitales o cúmulos superiores a 100.000€ o respuesta afirmativa en la declaración de Salud, deberá pasar el proceso de tele-selección. Para ello deberá facilitarnos un teléfono de contacto y un horario donde poder ponernos en contacto con Vd. para realizar la entrevista telefónica de tele-selección. Preferencia Horario Contacto: Mañana Tarde Otros _____

Observaciones: _____

Si desea contactar con nosotros, puede hacerlo llamándonos al 902 09 07 54 o al 93 253 38 20 (de lunes a viernes de 8 a 20 horas).

Información de interés para el candidato a tomador de seguro:

Legislación Aplicable: Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y normativa concordante.

El Tomador tiene a su disposición las siguientes instancias de reclamación: a) **Interna:** Departamento para la Defensa del Cliente del grupo Allianz Seguros, al apartado de correos nº 38, 08080, de Barcelona, o a su dirección de correo electrónico ddc@allianz.es, fax 93 228 85 53, web www.allianz.es (que incluye su Reglamento de funcionamiento), pudiéndose recurrir también, con el mismo fin, a cualquier oficina de la Compañía abierta al público, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras. La queja o reclamación deberá ser resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento para la Defensa del Cliente. La decisión final adoptada será debidamente notificada a los interesados en el plazo de diez días naturales contados a partir de la fecha de emisión de aquélla. b) **Administrativa:** Denegada la admisión de la queja o reclamación o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento para la Defensa del Cliente del grupo Allianz Seguros sin que haya sido resuelta, al Comisionado para la defensa del Asegurado y el Partícipe en Planes de Pensiones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, Madrid, www.dgsfp.meh.es), de conformidad con Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, que aprueba el Reglamento de Comisionados de Defensa del Cliente de Servicios Financieros. c) **Judicial:** Juzgado del domicilio del Asegurado, de acuerdo con la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial y la legislación civil, mercantil y procesal aplicable.

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. ha integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su solicitud de seguro, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en C/ Tarragona, 109 - 08014 Barcelona; Teléfono 902 23 26 29; Fax 902 33 36 39; e-mail: lopd@allianz.es. Salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora, que constan en este documento, el firmante autoriza expresamente, aún cuando la operación no se formalizara, al uso y conservación de dichos datos por la Compañía con fines publicitarios y de prospección comercial así como la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades pertenecientes al sector financiero, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés. Formalizada la relación contractual sus datos personales serán tratados para el mantenimiento, desarrollo y control del contrato de seguro, gestión de siniestros, así como para la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, y para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros, así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador. La persona a asegurar autoriza al Asegurado a solicitar información a los médicos o centros que pudieran haberle prestado asistencia médica.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y LA PERSONA A ASEGURAR declaran haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y solicitan que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su firma y al pago de la prima. Asimismo, declaran que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asumen íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. El candidato a Tomador de Seguro declara haber recibido la información a que se refiere el Art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y los Arts. 104 y siguientes del Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Se compromete a trasladar esta información a las personas a asegurar, entregándoles copia de los documentos recibidos.

En _____, a _____ de _____ de _____
El Tomador* La persona a asegurar El Mediador

* **Datos del Firmante** (Representante legal - a cumplimentar en caso de persona jurídica):

NIF _____ Nombre y Apellidos _____