



Datos del Distribuidor

Nombre y Apellidos	Código	C:3	Fecha efecto póliza (a cumplimentar en la emisión)
_____	_____	_____	_____

Datos del Solicitante

Nombre/Razón Social _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____
DNI/NIF _____	Domicilio _____	Nº _____ Piso (otros) _____
Población _____	C.P. _____	Provincia _____ Nacionalidad _____
Fecha de nacimiento _____	Sexo _____	Profesión _____ Idioma de preferencia _____
Situación familiar (indicar si tiene hijos a su cargo) _____	Deportes que practica _____	
País de Residencia Fiscal _____	Nivel de Ingresos/Facturación _____	Origen de los Fondos (*) _____
Teléfono fijo _____	Teléfono móvil _____	Email _____

¿Hay personas físicas o jurídicas que posean o controlen (directa o indirectamente) más de un 25% del capital o de los derechos de voto de la empresa? Sí No
 En caso positivo, se procederá a la identificación de la persona física o jurídica

Datos del Asegurado (si es distinto del Solicitante)

Nombre _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____
DNI/NIF _____	Domicilio _____	Nº _____ Piso (otros) _____
Población _____	C.P. _____	Provincia _____ Nacionalidad _____
Fecha de nacimiento _____	Sexo _____	Profesión _____ Idioma de preferencia _____
Situación familiar (indicar si tiene hijos a su cargo) _____	Deportes que practica _____	
Teléfono fijo _____	Teléfono móvil _____	Email _____

Domiciliación bancaria

Cód. Entidad	Cód. Oficina	D.C.	Número de cuenta	Banco o Caja
_____	_____	_____	_____	_____

Modalidad de Seguro

<input type="checkbox"/> VIDA PLENA + / Producto: 2275 <input checked="" type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Fallecimiento por accidente <input type="checkbox"/> Fallecimiento por accidente de circulación <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Invalidez por accidente <input type="checkbox"/> Invalidez por accidente de circulación <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Total <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% (máximo 180.000€)	Capital Asegurado: _____ euros
Duración del Seguro: 1 año (anual renovable)	Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual

Beneficiarios

En caso de Invalidez del Asegurado: (siempre será el propio Asegurado).
En caso de fallecimiento: (salvo indicación expresa del Solicitante, el orden preferente y excluyente será 1º el cónyuge no separado legalmente, 2º los hijos, 3º herederos legales).

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar su solicitud.** La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la gestión de la misma. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante abajo firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en los arts. 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados cuya naturaleza responde a lo prescrito en el citado Reglamento.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en los arts. 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados cuya naturaleza responde a lo prescrito en el citado Reglamento.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma del Asegurado

Firma del Distribuidor

Declaraciones del Asegurado (Cumplimentar las preguntas y marcar con X la casilla que corresponda)

A) Estado de Salud:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Estatura _____ cms. Peso _____ kgs. ¿Ha tenido últimamente aumento o disminución de peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene alguna limitación o minusvalía, o está cobrando algún tipo de prestación por incapacidad y/o está actualmente de baja laboral o lo ha estado más de 15 días en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene alguna enfermedad, problema o trastorno físico, orgánico, psiquiátrico, psicológico, u otros no especificados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha recibido asistencia hospitalaria en los últimos tres años, o está o ha estado en tratamiento médico por cualquier motivo por un periodo superior a 15 días o está pendiente de pruebas médicas o diagnóstico por alguna consulta médica realizada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Su madre, padre o hermanos biológicos han sido diagnosticados de alguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, o cualquier otra enfermedad hereditaria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Alguna vez ha tenido alguna solicitud de seguro de vida o enfermedades graves rechazada, aplazada o aceptada con sobreprima o exclusión aplicada por motivos de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Responda con el máximo detalle si ha contestado "SI" en alguna de las preguntas anteriores (qué, cuándo, tratamiento, secuelas, etc)

B) Actividades Extraprofesionales:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Practica algún deporte?. Cuál _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Participa en competiciones? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cláusula de consentimiento y autorización

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar su solicitud.** La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la gestión de la misma. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante abajo firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

El Solicitante/asegurado abajo firmante/s reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en los arts. 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados cuya naturaleza responde a lo prescrito en el citado Reglamento.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma del Asegurado

Firma del Distribuidor

Origen de los Fondos (*)

- | | |
|---|--|
| 1. Salarios y/o rentas profesionales | 5. Venta vivienda |
| 2. Pensión y renta privada | 6. Herencia |
| 3. Ingresos de valores mobiliarios (acciones, obligaciones, SICAV, ...) | 7. Premios |
| 4. Rentas inmobiliarias | 8. Otros ingresos (a precisar imperativamente en TEXTO ORIGEN DE LOS FONDOS) |

Estimado/a Sr./a.

Es nuestra intención que la celebración del contrato de seguro que nos solicita se realice con absoluta transparencia. Por ello, le rogamos que para cualquier duda que se le presente, nos solicite la información que estime oportuna.

Le ofrecemos, además, en cumplimiento con lo establecido en **105 del R.D. 2486/1998 de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado**, algunos datos e informaciones que esperamos le sean útiles para la firma del contrato.

La denominación social de nuestra Entidad es AXA AURORA VIDA, S.A. de Seguros y Reaseguros con C.I.F. A-48464606. Está inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya, Hoja BI-640 A, Folio 179, Tomo 122 con domicilio social en Bilbao, calle Buenos Aires, nº 12, C.P. 48001. Sin embargo, es habitual que en nuestras comunicaciones e incluso en la identificación de alguno de los documentos utilizados en los contratos, etc., reflejemos el identificador de la marca comercial que es **AXA Seguros e Inversiones**, estando sus Servicios Centrales localizados en Madrid, Camino Fuente de la Mora, nº 1, C.P. 28050, www.axa.es y teléfono de Atención al Cliente 902 40 40 84.

En el presente Cuestionario-Solicitud, figuran las características más importantes del Seguro de Vida que desea contratar, tales como: garantías o coberturas, duración del contrato, condiciones, plazos y vencimientos de las primas, designación de Beneficiarios, etc.

Asimismo, recogemos sus datos personales, sobre cuyo uso Ud. está protegido de acuerdo con la normativa vigente, especialmente por lo establecido en la **Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal** que regula el tratamiento automatizado de los datos.

¿Cuál es la legislación aplicable al contrato?

La legislación aplicable a su contrato se encuentra básicamente recogida en las siguientes disposiciones:

- **Ley 50/1980**, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro.
- **Real Decreto Legislativo 7/2004** de 29 de Octubre, que aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Seguros y Ley 12/2006, de 16 de Mayo, por el que se modifica parcialmente.
- **Ley 26/2006**, de 17 de Julio de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.
- **Ley Orgánica 5/1999**, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- **Real Decreto 2486/98**, de 20 de Noviembre que aprueba el Reglamento de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado, modificado por el Real Decreto 239/2007 de 16 de Febrero.
- **Real Decreto Legislativo 6/2004**, de 29 de Octubre que aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

¿Cómo se pueden solucionar los conflictos en la interpretación del contrato?

Es importante para Ud. saber que, en caso de discrepancia en la interpretación del contrato y de acuerdo con la normativa vigente recogida en las disposiciones mencionadas, la resolución de los conflictos podrá hacerse:

- El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito ante el CENTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS de la Entidad Aseguradora, **Servicio de Defensa y Atención al Cliente** (Camino Fuente de la Mora, 1, Planta 5 – 28050 Madrid / Fax: 902 18 13 90 centro.reclamaciones@axa.es), quien resolverá siempre de forma motivada.
Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el CENTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, conforme a lo previsto en la Legislación vigente.
- Por Resolución Arbitral en los términos del **artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios** y normas de desarrollo de la misma, o en los términos de la **Ley de Arbitraje** (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Ud., el Tomador y nosotros, el Asegurador.
- Por Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

¿Cómo se formaliza y se rescinde el contrato?

El contrato se considera formalizado cuando el Tomador, es decir, Ud. si actúa como contratante, firma la póliza y paga la prima, pero entra en vigor en la fecha y hora indicadas en las Condiciones Particulares.

Ud. como Tomador y de acuerdo con lo dispuesto en el **artículo 83, párrafo a) de la Ley de Contrato de Seguro**, tiene la facultad de resolver o anular el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que le entreguemos la póliza o el documento de cobertura provisional. Esta facultad de resolución unilateral del contrato debe realizarse por escrito, mediante carta certificada enviada dentro del plazo indicado. Sus efectos se retrotraerán al día de la expedición de la misma, momento en el que cesará la cobertura del riesgo por nuestra parte y le devolveremos la parte de la prima pagada desde esa fecha.

Además de en el período inicial, Ud. puede rescindir su contrato en cualquier otro momento durante la vigencia del mismo, siempre según lo dispuesto por la **Ley de Contrato de Seguro** y/o lo establecido en su contrato. En las pólizas de seguros con componente de ahorro, le indicaremos los derechos que le corresponden y la forma de ejercitarlos según lo dispuesto en la **Ley de Contrato de Seguro**.

¿Cuál es el Régimen Fiscal aplicable?

La normativa legal referente a la fiscalidad de los Seguros de Vida está recogida básicamente en:

- **Ley 40/1998**, de 9 de diciembre, del I.R.P.F.
- **Ley 41/1998**, de 9 de diciembre sobre la renta de no residentes.
- **Real Decreto 214/1987**, de 5 de febrero, que aprueba el Reglamento del I.R.P.F.
- **Ley 29/1987**, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- **Real Decreto 1629/1991**, de 8 de noviembre, que aprueba el Reglamento del Impuesto de Sucesiones y Donaciones. Ley de Cesión de Tributos del Estado a las Comunidades Autónomas y de Medidas Fiscales Complementarias.
- **Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del I.R.P.F. y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos de Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.**
- **Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por R.D. 304/2004, de 20 de Febrero.**

El Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones se exige en todo el territorio nacional, de acuerdo con la normativa específica de cada Comunidad Autónoma si la hubiere y aquellas dispuestas en las normas forales de Navarra y País Vasco.

A modo de resumen y de acuerdo a la legislación vigente y como norma general es conveniente que Ud. sepa:

- En caso de fallecimiento del Asegurado cuando Tomador sea diferente de Beneficiario, el capital percibido por sus Beneficiarios está sujeto al Impuesto de Sucesiones y Donaciones, en el que se aplicarán importantes reducciones en función del grado de parentesco que una al Tomador con los Beneficiarios.
- En caso de supervivencia del Asegurado y siempre que el Tomador y el Beneficiario sean la misma persona, la vigente ley de I.R.P.F. establece que los rendimientos derivados de los contratos de seguro de vida individuales, con independencia del componente de riesgo, tendrán un tratamiento de rendimiento de capital mobiliario. El importe del rendimiento se calculará en función de las modalidades de cobro y después pasan a tributar como renta del ahorro.

Tanto en caso de supervivencia como en caso de incapacidad, los rendimientos netos tributables están sujetos a retención a cuenta del I.R.P.F.

En los Seguros de vida en los que el Tomador asume el riesgo de la inversión, el importe a percibir por el cliente depende de fluctuaciones en los mercados financieros, ajenos al control del Asegurador y cuyos resultados históricos no son indicadores de resultados futuros.

Confiamos que toda la información facilitada sea de utilidad para Ud., sin embargo, en caso de que precise cualquier aclaración, no dude en ponerse en contacto con nosotros. Estaremos encantados de atenderle.

AXA AURORA VIDA, S.A. de Seguros y Reaseguros, se encuentra sometida al control de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda de España.