

# Aviva Vida Integral

## Solicitud de Seguro



¿SE HA SOLICITADO RECONOCIMIENTO MÉDICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		CÓDIGO MEDIADOR	FECHA DE EFECTO
DOMICIL. BANCARIA		IBAN*	FAX Nº: 902 999 983 Enviado por Fax: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Nº PÓLIZA ..... REEMPLAZA A POLIZA N.º .....

**DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR DEL SEGURO)** Adjuntar fotocopia N.I.F. / N.I.E. / C.I.F.

APELLIDOS Y NOMBRE .....		N.I.F. ....	
DOMICILIO .....		N.º ..... PISO ..... LETRA .....	
POBLACIÓN .....		CÓDIGO POSTAL ..... PROVINCIA .....	
TEL. [.....]	MÓVIL [.....]	E-MAIL .....	
FECHA DE NACIMIENTO [.....]	SEXO .....	E. CIVIL .....	
PROFESIÓN / ACTIVIDAD .....			

**DATOS DEL ASEGURADO** Adjuntar fotocopia N.I.F. / N.I.E. / C.I.F.

APELLIDOS Y NOMBRE .....		N.I.F. ....	
TEL. [.....]	MÓVIL [.....]	E-MAIL .....	
FECHA DE NACIMIENTO [.....]	SEXO .....	E. CIVIL .....	
PROFESIÓN / ACTIVIDAD .....			

**GARANTÍA PRINCIPAL**

<b>GARANTÍA DE FALLECIMIENTO</b>	
Fallecimiento garantía principal: Importe capital (Mínimo 3.000 e): .....	
<input type="checkbox"/> Cobertura Compl. Fallecimiento por Accidente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cobertura Compl. Fallecimiento por Accidente de Circulación SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Beneficiario en caso de fallecimiento: .....	

**GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS** (No es compatible la contratación de Incapacidad Permanente Absoluta con Incapacidad Permanente Total y viceversa)

<p><b>INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA</b></p> <input type="checkbox"/> Cobertura Complementarias Incapacidad Permanente Absoluta: Importe capital: ..... e Beneficiario: El Asegurado	<p><b>INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE</b></p> <input type="checkbox"/> Cobertura Complementarias Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente: Beneficiario: El Asegurado
<p><b>INCAPACIDAD PROFESIONAL</b></p> <input type="checkbox"/> Cobertura Complementarias Incapacidad Profesional: Importe capital: ..... e Beneficiario: El Asegurado	<p><b>INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN</b></p> <input type="checkbox"/> Cobertura Complementarias Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación: Beneficiario: El Asegurado
<p><b>ENFERMEDADES GRAVES</b></p> <input type="checkbox"/> Cobertura Compl. Enfermedades Graves Importe capital: <=100% del capital por fallecimiento>e Beneficiario: El Asegurado Fumador: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**OTROS DATOS DEL SEGURO**

Será incompatible la percepción conjunta de la prestación de Enfermedades Graves y cualquiera por Incapacidad Permanente, debiendo el Beneficiario optar por una de ellas.  
 Los capitales Asegurados correspondientes a los periodos anuales sucesivos se incrementarán anualmente, coincidiendo con cada renovación de la póliza, en un 3% geométrico hasta los 55 años de edad del Asegurado, excepto en las garantías complementarias contratadas en forma de renta que se estará a lo contratado.

**FORMA DE PAGO** \* Importe mínimo de recibo: 30,00 e

<input type="checkbox"/> ANUAL PRIMA ANUAL..... [.....]	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL PRIMA TRIMESTRAL..... [.....]
<input type="checkbox"/> SEMESTRAL PRIMA SEMESTRAL..... [.....]	<input type="checkbox"/> MENSUAL PRIMA MENSUAL..... [.....]

La presente solicitud queda sujeta a valoración del riesgo por parte de Aviva Vida y Pensiones, careciendo de valor contractual hasta su aprobación y posterior emisión de la póliza. El solicitante reconoce haber recibido antes de la firma de esta solicitud, la Nota Informativa del seguro conforme a las disposiciones reglamentarias de protección del Asegurado.

En ..... a ..... de ..... de .....

Firma del Tomador .....

Firma del Asegurado .....

Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal), inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 40, Folio 094, Hoja M-783, N.I.F. A-79381729

Imprescindible adjuntar fotocopia de los DNI del Tomador y Asegurado.

# Cuestionario de Salud y Actividad

NOMBRE Y APELLIDOS ..... N.I.F. ....

DECLARACIONES PREVIAS: Con el fin de que pueda ser tomado en consideración por Aviva Vida y Pensiones el Seguro de Vida que ha solicitado de la misma, las Declaraciones Previas servirán de base para la emisión en su caso, de la correspondiente póliza. (En caso de reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.)

1. ¿Está o ha estado de baja durante más de 15 días en los últimos 5 años?..... Sí  NO
2. ¿Ha sido examinado o tratado en hospitales o clínicas o, sometido a alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico en los últimos 5 años? ¿le han aconsejado hacerlo o tiene previsto hacerlo próximamente?..... Sí  NO   
Las intervenciones quirúrgicas tales como cesárea, apendicetomía, amigdalectomía, hernia inguinal y cirugía estética no es necesario que sean informadas.
3. ¿Está tramitando o tiene algún tipo de invalidez, incapacidad o minusvalía reconocida o no? ..... Sí  NO
4. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o padecimiento cardiaco, renal, del hígado, neurológico, pulmonar, digestivo, sanguíneo, nervioso, psiquiátrico, óseo, hormonal o de transmisión sexual?..... Sí  NO
5. ¿Sufre o ha sufrido en alguna ocasión de hipertensión arterial, diabetes, colesterol alto, hepatitis, depresión, ansiedad, cáncer, infarto, sida, accidente cerebrovascular, tumores o hernia discal?..... Sí  NO
6. Peso.....Talla .....
7. Si fuma, Indique cantidad de cigarrillos diaria que fuma.....
8. ¿Ha estado o está sometido a algún tratamiento farmacológico o toma algún tipo de medicación con o sin prescripción médica?..... Sí  NO
9. ¿Le han hecho o recomendado hacerse un test de VIH -SIDA? ..... Sí  NO
10. ¿Consume, o ha consumido, alcohol y/o drogas (incluyendo cannabis y marihuana)? ..... Sí  NO   
Para el caso del alcohol, conteste afirmativamente si consume o ha consumido más de 4 unidades de alcohol/día. Una unidad de alcohol equivale a: 1 vaso de vino, 1 caña de cerveza, 1 trago de licor (whisky, vodka, ginebra, ron...)
11. ¿Declara que todo lo anteriormente expuesto es correcto y no tiene nada más que añadir respecto a su estado de salud? Sí  NO
12. Deportes que practica .....
13. Profesión .....
14. ¿Utiliza motocicleta o ciclomotor como medio de transporte, como conductor o pasajero? ..... Sí  NO   
Conductor habitual Sí  NO  Solo conductor fin de semana Sí  NO   
Si es conductor solo de fin de semana indicar cilindrada: Cilindrada <500 cc  >500 cc

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS 1, 2, 3, 4 ó 5, O NEGATIVAMENTE A LA 11, SÍRVASE AMPLIAR LA INFORMACIÓN:

Naturaleza del padecimiento o lesión .....

Fecha ..... Duración aproximada meses .....

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA 8, INDIQUE:

Nombre ..... Cantidad / día .....

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA 9, INDIQUE:

Fecha ..... Resultado .....

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA 10, INDIQUE:

Nombre ..... Cantidad / día .....

\*Mandato Adeudo Directo SEPA: El Tomador autoriza al Asegurador a enviar instrucciones a la Entidad Bancaria de la Cuenta de domiciliación, para que adeude en la misma los recibos de prima presentados por la Entidad Aseguradora. El Tomador autoriza, asimismo, a su Entidad Bancaria para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de la Entidad Aseguradora. El Tomador reconoce y acepta expresamente que no es necesaria notificación previa a cada adeudo toda vez que la forma de pago de las primas viene expresamente recogida en la póliza de seguro. No obstante lo anterior, y dado que el seguro solicitado se encuentra pendiente de valoración del riesgo, el presente mandato queda sujeto a la aprobación de la solicitud de seguro por la Aseguradora y, en su caso, posterior emisión de la póliza. Como parte de sus derechos, el Tomador tiene derecho a solicitar a su Entidad Bancaria el reembolso de los recibos de prima que sean cargados en su cuenta, en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha del adeudo en cuenta. Este mandato se identifica como tipo recurrente. El número de referencia de la orden de domiciliación se recogerá, en caso de aceptación del riesgo, en las Condiciones Particulares de la póliza de seguro.

El Asegurador del seguro reconoce la importancia de cumplimentar verazmente el cuestionario de salud con el fin de que la entidad aseguradora pueda valorar correctamente el riesgo asegurado. Asimismo, el Asegurador del seguro conoce que la ocultación de datos puede suponer la reducción proporcional de la indemnización en caso de siniestro, o incluso la denegación de la misma. En su caso, el contrato de seguro se emitirá en base a la presente solicitud, el cual estará sujeto a la legislación española, y en particular a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. 17-10-80). En caso de desavenencia sobre la interpretación del Contrato, puede Ud. efectuar la oportuna reclamación: 1. Al Departamento de Atención al Cliente de Aviva Vida y Pensiones. 2. Al Defensor del Asegurado. Apartado de Correos 14.871, 28080 Madrid. Fax: 902 99 99 78, e-mail: servicioquejasreclamaciones@aviva.es (Desde la WEB de la entidad: www.avivavp.es). 3. A la Dirección General de Seguros (Sección Consultas y Reclamaciones, Paseo de la Castellana nº 44 de Madrid), sin perjuicio de recurrir a los Tribunales de Justicia.

Protección de Datos. El Tomador/Asegurado queda informado de que los datos aquí recogidos son necesarios para la formalización del presente contrato y el mantenimiento de la relación establecida entre las partes. La información de dichos datos y declaraciones son obligatorias, denegándose la formalización del seguro en caso contrario.

Asimismo, el Tomador/Asegurado queda enterado y presta expresamente su consentimiento a la incorporación de sus datos, incluidos los datos de salud, a un fichero de datos de carácter personal, cuyo responsable es Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio en Madrid, Camino Fuente de la Mora,9.

El Tomador/Asegurado queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la elaboración de estudios técnicos, estadístico-actuariales y para la prevención del fraude.

El Tomador/Asegurado consiente que sus datos puedan ser utilizados para el envío de información comercial y publicidad de otros productos y servicios de la Aseguradora.

Si usted no desea recibir información comercial o publicidad de la Aseguradora, por favor marque la casilla.

El Tomador/Asegurado consiente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades del sector financiero y/o asegurador para el envío de información comercial y publicidad de los productos y servicios que éstos comercialicen.

Si usted no desea que sus datos sean cedidos para las finalidades indicadas en el párrafo anterior, por favor, marque la casilla.

El Tomador/Asegurado puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición frente al responsable del fichero, mediante escrito dirigido a Aviva Vida y Pensiones, Camino Fuente de la Mora,9, a la dirección de correo electrónico cidclientes@aviva.es o personalmente en las oficinas de atención al público que actualmente la Aseguradora tiene a su disposición.

Igualmente, el Solicitante/Asegurado consiente expresamente a que los datos de salud recogidos en el presente documento puedan ser utilizados por Aviva Vida y Pensiones para conocer y valorar la verdadera entidad del riesgo de los contratos de seguro que el Solicitante/Asegurado tuviese contratados con anterioridad en Aviva Vida y Pensiones, así como los futuros que pudiese contratar, pudiendo, en consecuencia, Aviva Vida y Pensiones, oponerse al pago de las prestaciones previstas en dichos seguros, cancelarlos u oponerse a su contratación y/o modificar la prima y/o garantías pactadas en dichos contratos, en el caso de que del presente cuestionario se desprendan omisiones del Solicitante/Asegurado. Si usted no desea que sus datos sean utilizados para las finalidades indicadas en este párrafo, por favor, marque la casilla.

En ..... , a ..... de ..... de .....

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL ASEGURADO