Plan de Previsión Asegurado Aviva III
Solicitud de Seguro
Red de Agentes y Corredores

Correduría de Seguros, S.L.L.
GLOBALBROK
C. I. F. B-63585798
Gran Via de les Corts Catalanes, 628, 5.º, 2.ª - 08007 Barcelona
(entre Rbla. Catalunya y P.º de Gracia)
Tel. 93 301 06 32 - Fax: 93 317 18 72
info@globalbrok.com

AVIVA
Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal)

Nº CLIENTE	PRODUCTO	NÚMERO PÓLIZA	OFICINA	GEST.

Enviado por fax: SI ☐ NO ☐

DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR Y ASEGURADO)

NOMBRE Y APELLIDOS .....
E-MAIL ..... N.I.F. ..... FECHA DE NACIMIENTO ..... MÓVIL .....
DOMICILIO ..... Nº ..... PISO ..... LETRA ..... TELEF. .....
POBLACIÓN ..... C.P. ..... PROVINCIA .....
PROFESIÓN ..... SEXO ..... E. CIVIL .....
¿ESTÁ USTED JUBILADO? SI ☐ NO ☐

PRIMAS PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO AVIVA III

PRIMA PERIÓDICA	
IMPORTE (EUROS)	PERIODICIDAD
	☐ ANUAL
	☐ SEMESTRAL
	☐ TRIMESTRAL
	☐ MENSUAL

Las primas periódicas que realice el Tomador se incluirán necesariamente en la Cuenta Aviva

REVALORIZACIÓN ..... % (Entre 0 - 5%) ANUAL ACUMULATIVO

FECHA DE EFECTO DEL PLAN: 01

DOMICIL. BANCARIA PERIÓDICA	BANCO	OFICINA	D.C.	N.º DE CUENTA

TRASPASO INICIAL SI ☐ NO ☐

PRIMA ÚNICA (EUROS) .....

FECHA DE EFECTO: 01
Opción para Primas Únicas y Extraordinarias.

OPCIONES DE INVERSIÓN (A rellenar en cualquier opción de prima o traspaso elegido):
☐ 2 AÑOS ☐ 5 AÑOS ☐ 10 AÑOS ☐ 15 AÑOS ☐ CUENTA AVIVA

BENEFICIARIOS PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO

☐ El cónyuge o en su defecto los hijos y a falta de todos éstos los padres, o en su defecto los herederos legales.

☐ Según designación especial (los beneficiarios deberán ser en todo caso personas físicas) .....

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 97.974, 28080 Madrid. Fax: 91 297 18 00, e-mail: defensordelasegurado@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, Francisco Silvela,106.

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, C/ Francisco Silvela,106, a la dirección de correo electrónico ddclientes@aviva.es o personalmente en las oficinas de atención al público que actualmente la Aseguradora tiene a su disposición.

Firma del Solicitante

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

DOMICILIACIÓN DE RECIBOS PERIÓDICOS

BANCO/CAJA ..... Suc. .....
DOMICILIO .....
POBLACIÓN ..... C.P. ..... PROVINCIA .....
TITULAR .....

DOMICIL. BANCARIA	BANCO	OFICINA	D.C.	N.º DE CUENTA

Les ruego que, hasta nuevo aviso, abonen con cargo a mi cuenta abierta en esa Entidad los recibos del Plan de Previsión Asegurado Aviva emitidos por Aviva Vida y Pensiones.

FIRMA DEL TITULAR

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
MOD. 9475 - 10/08