



Datos generales

Modalidad: Vida Grupo -2331- Vida Grupo Exteriorización -2330- VidaSegura 100 -2229-
 Plan Ahorro Adhesión -250- Plan Ahorro Grupo -252- Plan Ahorro Grupo Compromiso Empresarial -254-

Datos del Tomador

Nombre/Razón Social **FEDECA**

Mediador **GLOBALBROK** Oficina **615728** NIF/CIF _____ Nº. Póliza **59.013.407**

Datos de la persona a asegurar

Nombre/Razón Social _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 NIF/CIF _____ Domicilio _____ Nº _____ Piso (otros) _____
 Población _____ C.P. _____ Provincia _____ Nacionalidad _____
 Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Profesión _____ Nº. certificado _____
 País de Residencia Fiscal _____ Teléfono fijo _____ Teléfono móvil _____ Email _____

Domiciliación bancaria (cumplimentar obligatoriamente para Vida Segura 100 y Plan Ahorro Adhesión)

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

Características del Seguro

Vida Riesgo			
Garantías	Capitales	Garantías	Capitales
Muerte por cualquier causa		I.P.A. por accidente de circulación	
Muerte por accidente		Incapacidad Permanente Total (I.P.T.)	
Muerte por accidente de circulación		I. P. T. por accidente	
Incapacidad Permanente Absoluta (I.P.A.)		I.P.T. por accidente de circulación	
I. P. A. por accidente			

Vida Ahorro	
Tipo de cobro: <input type="checkbox"/> Metálico (MET) <input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria (DBC)	Forma de pago: <input type="checkbox"/> Anual (A) <input type="checkbox"/> Semestral (SC) <input type="checkbox"/> Trimestral (TC) <input type="checkbox"/> Bimestral (BC) <input type="checkbox"/> Mensual (MC) <input type="checkbox"/> Única (U)
Prima primer recibo _____	Prima suplementaria inicial _____
En caso de prima periódica, ¿es la prima revisable anualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Incremento anual <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Creciente _____ % <input type="checkbox"/> Geométrico <input type="checkbox"/> Aritmético <input type="checkbox"/> I.P.C.	

Beneficiarios

En caso de supervivencia:

En caso de fallecimiento: (Salvo indicación expresa del Asegurado, el orden preferente y excluyente en caso de fallecimiento será: 1º. Cónyuge no separado legalmente, 2º. Hijos, 3º. Padres, 4º. Herederos Legales.)

Clausula 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 Solicitudante 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 Solicitudante 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 Solicitudante 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.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma de la persona a asegurar

Correduría de Seguros, S.L.L.
GLOBALBROK
C. I. F. B-63585798

Gran Vía 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

Declaraciones de la persona a Asegurar (Exclusivo para modalidad Vida Riesgo)

Cumplimentar las preguntas y marcar con una X la casilla que corresponda

Estatura, cm. _____ Peso, kg. _____ Tensión arterial _____ máxima _____ mínima _____

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Padece usted alguna enfermedad que le obligue a una asistencia médica? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene usted algún defecto físico, ha sufrido accidentes graves, ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2, 3, 4, 5, complete los siguientes datos

1. Naturaleza del padecimiento o lesión

2. Fecha, duración aproximada y situación actual

3. Nombre y dirección de los Médicos o Instituciones que le han asistido

El Asegurado certifica haber contestado completa y verídicamente a las preguntas antes citadas. Autoriza a médicos, a las Instituciones médicas y a otras compañías de seguros Interrogadas por la Compañía a darle a ésta las Informaciones necesarias para esta propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma de la persona a asegurar