

Allianz vida riesgo

Cuestionario

Sucursal: Mediator: Colaborador: N° Póliza:

El seguro empieza el día: / /

DATOS DEL ASEGURADO

¿Cómo te llamas? Ukerdi Becares Silva

¿Cuál es tu DNI/NIE? 78993289L Fecha caducidad 17 / 09 / 2027 ¿Cuándo naciste? 21 / 07 / 2004

¿A qué te dedicas? Estudiante

¿Cuál es tu situación laboral? ☐ Trabajo por cuenta ajena ☐ Trabajo por cuenta propia ☒ Otros (detallar) Estudiante

¿Dónde vives? Bilbao

¿Cuál es tu teléfono? Móvil Teléfono 688712538

¿Deseas recibir la información vía correo electrónico? ☒ Si E-mail ukerdi20@gmail.com

Coberturas y Capitales escogidos

Capital a asegurar para fallecimiento: ☐ 75.000€ ☒ 100.000€ ☐ 300.000€ ☐ 500.000€ ☐ Otro

Mi paquete de coberturas escogido es:

Allianz Vida	Básica	Óptima	Extra	Ampliado	Profesional	Todo Riesgo
Capital Fallecimiento por cualquier causa	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Capital adicional Fallecimiento por Accidente			✓			✓
Capital adicional Fallecimiento por Accidente de Circulación						✓
Gastos de Sepelio (hasta 2,5 % del capital de fallecimiento)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gastos Liquidación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones (hasta 2,5 % del capital de fallecimiento)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Testamento Notarial Online	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Orfandad por Accidente (50 % del capital de fallecimiento, con un máximo de 150.000 €)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Renta por Enfermedad Crítica (1% del capital principal durante 6 meses)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Capital Invalidez Permanente y Absoluta con opción de transformar a Renta		✓	✓	✓		✓
Capital Invalidez Permanente y Absoluta por Accidente con opción de transformar a Renta				✓		✓
Capital Invalidez Permanente y Absoluta por Accidente de circulación con opción de transformar a Renta						✓
Capital Adicional Enfermedad Grave (capital máximo 150.000 €)				✓		✓
Orientación Médica				✓		✓
Segunda Opinión Médica				✓		✓
Invalidez Permanente Total (capital máximo 150.000 €)						✓

* En mayores de 55 años quedaría excluida la enfermedad grave en los paquetes de Todo Riesgo y Ampliado.

Datos del tomador ☒ El mismo Asegurado. (No es necesario cumplimentar el resto de datos solicitados)

¿Cómo te llamas?

¿Cuál es tu DNI/NIE/CIF?

¿Cuándo naciste?

¿A qué te dedicas?

¿Cuál es la Actividad Económica o Sector Profesional de la Empresa?

¿Cuál es tu situación laboral?

☐ Trabajo por cuenta ajena☐ Trabajo por cuenta propia☐ Otros (detallar)

¿Dónde vives?

¿Cuál es tu teléfono?

Móvil

Teléfono

¿Deseas recibir la información vía correo electrónico?

☐ Si

E-mail

Mis beneficiarios son

(Selecciona una de las siguientes opciones y cumplimenta datos, si es necesario)

☐ En caso de fallecimiento del Asegurado, de forma excluyente y por este orden:

1. Tu cónyuge no separado por resolución judicial.
2. Tus hijos por partes iguales.
3. Tus padres por partes iguales.
4. Tus herederos legales.

☒ Beneficiarios Nominados

NIF	Nombre	%
22733270R	Jose Luis Becares Turrado	
30656135X	Maria Pilar Silva Blandon	

☐ Puedes definir Otros Beneficiarios**Pagaré el Seguro de Vida de forma:**☒ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

Entidad

Código Cuenta IBAN:

País	IBAN	Banco	Oficina	D.C.	Número de cuenta
------	------	-------	---------	------	------------------

¿De dónde provienen los fondos? País: España

Origen de los fondos

☐ Loterías, apuestas y sorteos☐ Herencias☐ Enajenación inmuebles / otros bienes☒ Ahorro personal☐ Otros. Especificar**Razón contratación del seguro (cumplimentar en caso de persona jurídica)**☐ Remuneración en especie☐ Aportación en sistema de previsión social☐ Inversión empresarial

El tomador (en caso de persona jurídica los titulares reales), o alguno de sus familiares o allegados ¿desarrolla o ha desarrollado en los últimos dos años un cargo de responsabilidad pública en España, en la Unión Europea o en otro país? ☐ Sí ☒ No

Especificar en caso afirmativo _____

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. En caso contrario, indicar aquella(s) persona(s) física(s) que por otros medios ejerza(n) el control, directo o indirecto. De no existir, indicar el/los administrador/es.

Nombre o Razón Social	NIF/CIF/NIE	Porcentaje
Nombre o Razón Social	NIF/CIF/NIE	Porcentaje
Nombre o Razón Social	NIF/CIF/NIE	Porcentaje
Nombre o Razón Social	NIF/CIF/NIE	Porcentaje

Declaración de salud del asegurado

A cumplimentar para capitales o cúmulos hasta 200.000€

En los últimos 5 años:
¿Te has sometido a pruebas de diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades (cáncer*, infarto de miocardio, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal, cirugía cardíaca, trasplante de órganos vitales tales como corazón, pulmón, hígado, páncreas o médula ósea), o has realizado tratamiento médico durante más de 7 días, o has tenido que interrumpir tu rutina diaria por motivos de salud durante más de 7 días? ☐ Si ☒ No

**Según el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio sobre el olvido oncológico, no tiene usted obligación de responder que sí a esta pregunta una vez transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical de la patología oncológica sin recaída posterior.*

¿Para capitales o cúmulos superiores a 200.000€ o respuesta afirmativa en la Declaración de Salud, deberás pasar el proceso de tele-selección. Para ello deberá facilitarnos un teléfono de contacto y un horario para ponernos en contacto con Vd. para realizar la entrevista telefónica de tele-selección.
Preferencia Horario Contacto: ☒ Mañana ☐ Tarde ☐ Otros

Observaciones: _____

Si deseas 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).

Directiva de distribución de seguros

He recibido la Nota Informativa del producto Allianz Vida Riesgo Plus de acuerdo al Estudio que se me ha presentado
Con base a la información que con carácter previo a la contratación nos has proporcionado hemos determinado que este producto se ajusta a tus exigencias y necesidades al estar dirigido a personas que desean contratar un seguro de vida con la finalidad de proteger económicamente a los beneficiarios designados en caso de fallecimiento así como estar cubiertas por las garantías opcionales que usted ha seleccionado.

Información básica sobre protección de datos

Responsable	Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Finalidad	Estudio, propuesta de seguro y, en su caso, formalización del contrato.
Legitimación	Ejecución de un contrato.
Destinatarios	Cesión a terceros colaboradores de la compañía y ficheros comunes del sector asegurador. Transferencias internacionales intragrupo.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional.
Procedencia	El interesado a través del mediador de seguros.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://allianz.es/privacidad-seguridad

El contratante y el asegurado consienten expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios e indispensables para la contratación del seguro y, adicionalmente, consienten para:

- Fines publicitarios y de prospección comercial. SI ☐ NO ☒
- Cesión a las demás entidades del GRUPO ALLIANZ en España (consultables en www.allianz.es), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y, que puedan de su interés. SI ☐ NO ☒
- Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un "perfil comercial" en base a la información facilitada. SI ☐ NO ☒

Información de interés para el candidato a Tomador de Seguro:

Legislación Aplicable: Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas, 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 demás 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.

EL TOMADOR DEL SEGURO declara haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y presentarle una oferta que se ajuste a sus exigencias y necesidades, por lo que, tras analizar la información con carácter previo a la contratación, solicita que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su firma y al pago de la prima. Asimismo, declara que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asume íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. De la misma forma, se compromete a comunicar al Asegurador, tan pronto le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado. El candidato a Tomador de Seguro declara haber recibido la información previa a la contratación de la póliza relativa a la protección al asegurado estipulada en el Capítulo VII y Capítulo VI, respectivamente, de la Ley 25/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como la información contemplada en el Capítulo VI de la normativa de distribución de seguros y reaseguros. Se compromete a trasladar esta información a las personas a asegurar, entregándoles copia de los documentos recibidos.

Este producto se encuentra sujeto a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA) suscrita entre EEUU y España, y al Real Decreto 1021/2015, por el que se establece la obligación de identificar la residencia fiscal de las personas que ostenten la titularidad o el control de determinadas cuentas financieras y de informar acerca de las mismas en el ámbito de la asistencia mutua (CRS). En su virtud, aquellos datos personales a partir de los cuales se pueda verificar si el tomador, asegurado y/o beneficiario de la póliza son o no una persona o entidad estadounidense o residente fiscal en el extranjero, serán facilitados a la Agencia Tributaria Española.

En	a	de	de
El Tomador	La persona a asegurar		El Mediador

***Datos de Firmante/s (Representante/s legal/es):**

NIF 78993289L

Nombre y Apellidos Ukerdi Becares Silva