

Solicitud del Seguro "PRODUCTOS DE RIESGO"

**CONTRATANTE TOMADOR**

Apellidos \_\_\_\_\_  
 Nombre/Razón Social \_\_\_\_\_ N.I.F./C.I.F. \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ País Residencia Fiscal \_\_\_\_\_  
 N.º Identificación Fiscal (NIE) \_\_\_\_\_ N.º Pasaporte \_\_\_\_\_ País Expedición Pasaporte \_\_\_\_\_  
 Domicilio (CL, AV, PZ): \_\_\_\_\_  
 N.º \_\_\_\_\_ Esc. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Municipio: Cód. \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Tels.: \_\_\_\_\_ N.º Fax.: \_\_\_\_\_  
 Tel. Móvil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Sexo (H):  (M):  E. Civil (C-S-D-V):   
 F. Nac. \_\_\_\_\_ N.º de Hijos \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Administrativo / Operario  Responsable Departamento o Jefe Intermedio  Alta Dirección  Autónomo

Datos en azul obligatorios para el servicio post venta

**ASEGURADO**

El Tomador  Distinto al tomador (rellene entonces los datos siguientes)  
 Relación con el tomador:  Familiar  Asalariado/Relación Mercantil  Otros  
 Apellidos \_\_\_\_\_  
 Nombre/Razón Social \_\_\_\_\_ N.I.F./C.I.F. \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ País Residencia Fiscal \_\_\_\_\_  
 En caso de extranjero:  
 N.º Identificación Fiscal (NIE) \_\_\_\_\_ N.º Pasaporte \_\_\_\_\_ País Expedición Pasaporte \_\_\_\_\_  
 Domicilio (CL, AV, PZ): \_\_\_\_\_  
 N.º \_\_\_\_\_ Esc. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
 Municipio: Cód. \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Tels.: \_\_\_\_\_ N.º Fax.: \_\_\_\_\_  
 Tel. Móvil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_ Sexo (H):  (M):  E. Civil (C-S-D-V):   
 F. Nac. \_\_\_\_\_ N.º de Hijos \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Administrativo / Operario  Responsable Departamento o Jefe Intermedio  Alta Dirección  Autónomo

**BENEFICIARIOS**

**EN CASO DE FALLECIMIENTO**  Herederos legales, a partes iguales.  
 Cónyuge e hijos del matrimonio, a partes iguales.  
 Otros (detallar): \_\_\_\_\_  
**EN CASO DE SUPERVIVENCIA**  El Asegurado.  
 Otros (detallar): \_\_\_\_\_  
**EN CASO DE INVALIDEZ**  El Asegurado.  
 Otros (detallar): \_\_\_\_\_

Recibimos Talón nominativo número \_\_\_\_\_, del Banco/Caja \_\_\_\_\_,  
 a favor de AEGON INVERSIÓN, por importe de \_\_\_\_\_ € en concepto de pago del primer período  
 de la Póliza a la que hace referencia la presente Solicitud de Seguro.  
 Fdo. \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO QUE DESEA CONTRATAR**

Producto  Modalidad  Agente   
 Fecha Efecto  /  /  Duración  Años Fijos (indique el número)  Hasta 65 años (señale x)  
**FORMA DE PAGO** Mensual  Trimestral  Semestral  Anual  Única  Primer recibo:  Períodos

**GARANTÍAS**

Porcentaje de anticipo por enfermedad grave  25%  50%  100%  
 NOTA: En caso de contratar seguro de enfermedades graves, queda incluida dentro de la prima del seguro principal el complemento de invalidez absoluta y permanente por cualquier causa.

	CAPITAL BASE	TASA	PRIMA ANUAL	SOBREPRIMAS
1. SEGURO PRINCIPAL	<input type="text" value="0000000000,00"/> €		<input type="text" value="00000,00"/> €	<input type="text" value="000"/> %
b) POR INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE				
- Por accidente	<input type="text" value="0000000000,00"/> €		<input type="text" value="00000,00"/> €	<input type="text" value="000"/> %

Si la Compañía solicita información complementaria, la fecha de efecto del seguro será la de confirmación por la Compañía de la aceptación del Asegurado, una vez estudiado el expediente. A tal efecto será conveniente que el titular envíe la información en el menor plazo posible.  
 Declaro que la información de este impreso facilitado por mí es cierta, y no oculta nada que pueda influir en la apreciación del riesgo.  
 El abajo firmante declara que los datos recogidos en la presente solicitud, necesarios para la contratación del seguro, que facilita a AEGON Inversión son ciertos y autoriza expresamente a que la totalidad de los mismos sean tratados automatizadamente, pudiendo ser almacenados en un fichero de carácter personal.  
 A estos efectos los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que reconoce la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal serán ejercitados ante AEGON Inversión con domicilio social en Madrid, calle Príncipe de Vergara Nº 156 Madrid, código postal 28002.  
 Así mismo autoriza a ceder sus datos, excepto los de salud, al resto de las Empresas del Grupo AEGON (AEGON Salud), al objeto de que le sea remitida información de otros productos y servicios. En todo caso los derechos antes referidos se ejercerán igualmente ante AEGON Inversión que es a estos efectos responsable de los mismos.

SI  NO (En caso de no querer autorizar la cesión de sus datos a Empresas del Grupo AEGON (AEGON Salud) marque la casilla NO)

**Declaración de salud del Asegurado:**  
 Declaro que no conozco padecer en este momento ninguna enfermedad grave. Así mismo declaro conocer que la responsabilidad de AEGON Inversión se limita al pago del valor de la póliza en caso de fallecimiento por causa de una enfermedad existente con anterioridad a la contratación de este seguro.

**El Tomador reconoce haber leído la nota informativa que figura en el dorso de esta solicitud.** En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 El Mediador \_\_\_\_\_ El Tomador \_\_\_\_\_ El Asegurado \_\_\_\_\_

**ORDEN DE DOMICILIACION BANCARIA**

Titular de la cuenta \_\_\_\_\_  

BANCO	OFICINA	D.C.	CUENTA
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

 Sr. Director, le ruego cargue en mi cuenta los pagos del Seguro que AEGON girará  
 BANCO  DIRECCION   
 LOCALIDAD  C.P.   
 FIRMA \_\_\_\_\_