



Boletín de

☐ Solicitud de adhesión ☐ Solicitud de modificación

Fecha en la que desea darse de alta¹ ____ / ____ / ____

En caso de solicitud de nueva alta cumplimentar todos los datos.

En otros casos cumplimentar únicamente los datos modificados.

(1) Rellenar este impreso no supone el alta automática ni la entrada en vigor de la cobertura de la póliza, dado que se realiza un proceso de admisión que debe ser superado.

Datos del Solicitante / Asegurado

Nombre y apellidos _____

NIF/NIE _____ Fecha nacimiento ____ / ____ / ____ Nacionalidad _____

Dirección _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Email _____ Teléfono _____

Colegiado N° _____ del Colegio Oficial de Ingenieros de Minas de _____

SOLICITA: La incorporación a la Póliza Colectiva MW04 1563 en los términos de Capital Asegurado establecido en función de la edad declarada.

Si no se realiza designación expresa de beneficiarios, los mismos serán los herederos legales (Ver artículo 18 de las Condiciones Generales). En el caso de designación expresa con mas de un beneficiario, indicar si el importe debe ser repartido entre todos los beneficiarios y de que forma, o según el orden señalado y excluyente.

El asegurado puede modificar la designación cuando lo estime oportuno, mediante notificación por escrito al asegurador.

Designación Expresa de Beneficiarios (No es necesario rellenar, leer punto anterior)

☐ Herederos legales

☐ Libre designación

1. _____ NIF _____

2. _____ NIF _____

3. _____ NIF _____

☐ A partes iguales ☐ Por orden prevalente y excluyente

Si fuera que alguno de los beneficiarios designados tuviera alguna discapacidad deberá hacerse constar tal circunstancia a efectos del importe del capital a percibir por el beneficiario (cláusula 2 de las Condiciones Particulares y Especiales).



Declaración de salud obligatoria

Estatura _____ cm. Peso _____ Kg.

Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización o intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez? ☐ Sí ☐ No

¿Por qué motivo? _____

Estado actual y secuelas _____

En los últimos 5 años ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado o ha sido sometido a exploración, o tiene previsto serlo de corazón, pulmón, trastorno circulatorio, digestivo, presión arterial alta o hipertensión, derrame cerebral, diabetes, problemas de riñón, hígado, trastornos neurológicos o psiquiátricos, infección por VIH, hepatitis B o C, cáncer, melanoma, tumor, quiste, bulto, pólipos? ☐ Sí ☐ No

¿Por qué motivo? _____

Estado actual y secuelas _____

El/la solicitante

Firma y fecha

En _____ a ____ de _____ de _____

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, le informamos que el Responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este documento y cualquier otro dato facilitado por usted o terceras entidades para el desarrollo de las relaciones contractuales es Avanza previsión S.A (en adelante "Avanza"), cuyos datos son CIF: A01649037, Dirección Postal: C/ Villanueva, 11 28001 de MADRID, Correo Electrónico: contacto@avanzaprevision.com, contacto del Delegado de Protección: proteccion_datos@avanzaprevision.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que le vinculan con Avanza como Entidad Aseguradora, así como prevención del fraude. Asimismo, Avanza tratará sus datos personales con la finalidad de informarle sobre nuestras actividades, servicios y productos. Avanza facilitará sus datos personales a Administraciones públicas y terceros cuando exista obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. También realizará la cesión de los datos necesarios a terceros colaboradores de Avanza que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, detección de fraude, gestión de la póliza o de sus siniestros; y a entidades públicas con fines estadísticos en los supuestos legalmente habilitados. Sus datos se conservarán durante la vigencia de su contrato y una vez finalizada la misma, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo se procederá a la supresión. En el supuesto de que el contrato no llegue a formalizarse, los datos facilitados se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato de seguro. En relación al tratamiento con fines de mercadotecnia directa por parte de Avanza la base legal es el interés legítimo en poder atender mejor sus expectativas como cliente y el consentimiento que puede habernos prestado. También trataremos sus datos personales para el cumplimiento de obligaciones legales. En cuanto a los datos personales referentes a otras personas físicas, que, por motivo del contrato deba comunicarnos deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión, además de ejercer el derecho de oposición, limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos. Puede solicitarlos por escrito ante Avanza a través de proteccion_datos@avanzaprevision.com. Siempre que lo desee puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Para más información puede consultar el siguiente enlace: www.avanzaprevision.com/politica-de-privacidad.