



Boletín de:

Solicitud de adhesión Solicitud de modificación
 Fecha en la que desea darse de alta (1):

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

Apellidos y nombre: F. nacimiento:
 Tipo Doc: NIF NIE Num.: Hombre Mujer E. civil: Profesión:
 Domicilio particular:
 Localidad: Código Postal: Provincia:
 Email: Móvil: Fijo:
 Colegiado Nº del Colegio Oficial de Ingenieros de Minas de

SOLICITA: la incorporación a la Póliza Colectiva MW04 1563 en los términos de Capital Asegurado por fallecimiento de **12.000,00 €**.

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)

Marcar con una X la opción seleccionada:

1. Herederos legales.
2. Libre designación
 1. D./Dña. NIF:
 2. D./Dña. NIF:
 3. D./Dña. 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).

El/la solicitante

Firma y fecha En a de de



Cuestionario Medico (Declaración de Salud del Solicitante):

| | |
|---|--|
| 1. ¿Tiene Vd. ya un seguro de vida? En caso afirmativo, ¿en qué Compañía? ¿Cuál es el capital asegurado? | |
| 2. ¿Ha presentado Vd. a Compañías de Seguros sobre la Vida, solicitudes que hayan sido aplazadas, rechazadas o aceptadas en condiciones especiales? | |
| 3. ¿Ha sufrido Vd. enfermedades graves? En caso afirmativo: ¿Cuáles? Indicar para cada una de ellas, la época y la duración. ¿Consecuencias actuales? | |
| 4. ¿Ha sufrido Vd. operaciones quirúrgicas? En caso afirmativo: ¿Cuáles? ¿En qué fecha? ¿Cuáles fueron sus secuelas? | |
| 5. ¿Ha consultado Vd. con un médico durante los cinco últimos años? En caso afirmativo: ¿con motivo de qué enfermedades? | |
| 6. ¿Ha sufrido Vd. un examen médico para su admisión en la Empresa a que Vd. pertenece? ¿Cuándo? | |
| 7. ¿Ha fallecido su padre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad? | |
| 8. ¿Ha fallecido su madre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad? | |
| 9. ¿Ha fallecido algún hijo suyo? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad? | |
| 10. ¿Cuál es su peso (kg)? | |
| 11. ¿Cuál es su altura (cm)? | |
| 12. ¿Se encuentra Vd. en estado de invalidez total o parcial? En caso afirmativo, sírvase indicar la clase de invalidez. | |

El abajo firmante, autoriza que los datos recabados en este formulario sean incluidos en un fichero de datos de carácter personal para el desarrollo y cumplimentación del seguro contratado. Asimismo, autoriza expresamente la comunicación de sus datos a profesionales sanitarios para el diagnóstico médico y la incorporación de sus conclusiones en el mencionado fichero. Avanza Previsión, con domicilio en calle Villanueva, 11 28001 Madrid, como responsable del fichero, garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos facilitados. El solicitante declara que los datos anteriores son verdaderos, y que no se ha incidido en inexactitudes o reticencia.

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