

Cuestionario Sucursal Mediator Colaborador Nº Póliza
 Hora Inicio

Datos Generales

Datos del Tomador del Seguro

Apellidos Nombre
 Domicilio
 C. Postal Población Provincia
 E-mail Teléfono Móvil Fax
 Deseo recibir la documentación preferentemente vía correo electrónico.
 Fecha de nacimiento Sexo Hombre Mujer
 Pasaporte/NIF/CIF/NIE Fecha de caducidad documento
 Actividad económica - Sector profesional
 Situación laboral Trabajo por cuenta propia Trabajo por cuenta ajena Otros (detallar)

Datos del Tomador Información Fatca

País de nacimiento País de residencia Nacionalidad
 Número de identificación fiscal americano (US-TIN)
 País de residencia del tutor

Datos del Asegurado

El mismo tomador

Designación de Beneficiarios

Beneficiarios en caso de fallecimiento (en modificación de la cláusula de prelación: cónyuge no separado, en su defecto hijos a partes iguales, en su defecto padres, en su defecto herederos legales)

Beneficiarios en caso de supervivencia: el propio Asegurado

Forma de pago

Única

Primer Recibo (Sucesivos Bancarios)

Físico Medio de pago: Efectivo Cheque CCC del Tomador Cheque bancario al portador
 Cheque bancario a Allianz Endoso de cheque Transferencia a favor de Allianz
 Reversión Allianz Reversión parcial Allianz Traspaso de otra Compañía

Bancario

Banco: Código Cuenta IBAN:
E I S | País IBAN Banco Oficina D.C. Número de cuenta

País de procedencia de los fondos: ESPAÑA En el caso de que los fondos provengan de un país distinto, especifique

Origen de los fondos Loterías, apuestas y sorteos Herencias Enajenación inmuebles / otros bienes Ahorro personal
 Otros. Especificar

Cuenta de cobro de las disposiciones

La misma cuenta que la de pago

Otra cuenta distinta:

Banco: Código Cuenta IBAN:
 Remitir autorización bancaria E I S | País IBAN Banco Oficina D.C. Número de cuenta

Inversión Inicial _____ euros

Opción elegida (marque sólo una):

Allianz Capital

Allianz Capital Vivir de los Intereses

Allianz Capital Garantía de por Vida

Allianz Capital

De la inversión inicial díganos qué importe desea disponer hasta agotar su saldo:

% de disposición anual sobre la inversión inicial: _____ % (mínimo 0'50 %, máximo 20 %)

Indique la frecuencia de esta disposición:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Ejemplo: Si usted desea disponer de un 10% anualmente y elige la frecuencia semestral, le abonaremos un 5% de la inversión inicial cada semestre hasta agotar su saldo.

Diferimento:

La fecha del primer cobro de sus Disposiciones Periódicas será:

Fecha de emisión de su póliza + Frecuencia elegida + Diferimento
 0 años
 _____ años

Allianz Capital Vivir de los Intereses

Decida con qué frecuencia desea disponer de los intereses netos generados por su inversión:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Allianz le recomienda y calcula la Disposición Periódica que permitirá mantener su Saldo Acumulado por encima de su aportación.

Con esta opción el pago siempre será:

Fecha de emisión de su póliza + Frecuencia elegida

Allianz Capital Garantía de por vida

Mediante esta modalidad usted percibirá **de forma vitalicia** el importe facilitado en el proyecto correspondiente según la frecuencia de disposiciones periódicas que usted nos solicite:

Indique la frecuencia de esta disposición:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Diferimento:

La fecha del primer cobro de sus Disposiciones Periódicas será:

Fecha de emisión de su póliza + Frecuencia elegida + Diferimento
 0 años
 _____ años

El Tomador declara haber recibido la Nota Informativa de Allianz Capital de acuerdo al estudio que se ha presentado.

Información de interés para el candidato a tomador de seguro:

Legislación Aplicable: Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y 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.dgspf.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.

Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. ha integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su solicitud de seguro, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en C/ Tarragona, 109 - 08014 Barcelona; Teléfono 902 23 26 29; Fax 902 33 36 39; e-mail: lopd@allianz.es. Salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora, que constan en este documento, el firmante autoriza expresamente, aún cuando la operación no se formalizara, al uso y conservación de dichos datos por la Compañía con fines publicitarios y de prospección comercial así como la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades pertenecientes al sector financiero, para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés. Formalizada la relación contractual sus datos personales serán tratados para el mantenimiento, desarrollo y control del contrato de seguro, gestión de siniestros, así como para la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, y para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros, así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador. La persona a asegurar autoriza al Asegurador a solicitar información a los médicos o centros que pudieran haberle prestado asistencia médica.

EL TOMADOR DEL SEGURO Y LA PERSONA A ASEGURAR declaran haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y solicitan que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su firma y al pago de la prima. Asimismo, declaran que los datos reseñados anteriormente son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asumen íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro. El candidato a Tomador de Seguro declara haber recibido la información a que se refiere el Art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y los Arts. 104 y siguientes del Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Se compromete a trasladar esta información a las personas a asegurar, entregándoles copia de los documentos recibidos. Este producto se encuentra sujeto a la nueva Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (normativa FATCA) suscrita entre Estados Unidos y España. En su virtud, aquellos datos personales a partir de los cuales pueda verificar si el tomador y/o beneficiario de la póliza son o no una persona o entidad estadounidense, serán facilitados por esta entidad a la Agencia Tributaria Española.

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