

Nº SGO											

Nº SOLICITUD					

SOLICITUD SEGURO DE AHORRO

Nº PÓLIZA					

Cumplimentar utilizando letras mayúsculas. No rellenar los espacios en rojo. NO SERA VALIDA NINGUNA SOLICITUD CON TACHADURAS O ENMIENDAS

(+) Campos Obligatorios

DATOS DEL TOMADOR

* ¿Tiene establecida su residencia habitual en España?
 * ¿Es o ha sido persona de responsabilidad pública, o allegado por relación personal o empresarial?
 * ¿Es residente fiscal en terceros países?
 En caso afirmativo, indique país o países: _____
 Taxpayer Identification Number/s (Número/s de Identificación Fiscal extranjero/s): TIN _____
 *País de nacimiento _____ *Nacionalidad _____
 *Nombre y Apellidos _____ *NIF _____
 *F. Nacimiento _____ *Sexo V M *Estado Civil C S V D
 *Profesión _____ Actividad _____

Domicilio Fiscal

*Tipo vía _____ *Domicilio _____
 *Número _____ Resto _____ *Localidad _____
 *Código Postal _____ *Provincia _____ País _____

Domicilio Bancario

*Nº Cuenta Cobro ES _____
 *Nº Cuenta Prestación ES _____

Teléfonos y Correo Electrónico

*Nº Móvil _____ *E-mail _____
 Particular _____ Trabajo _____

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA
 El Tomador autoriza a MAPFRE a realizar los cobros mediante el cargo en la cuenta de pago indicada más arriba o la que posteriormente comunique a MAPFRE en cualquier momento de todos los recibos que resulten de la póliza que se contrate. Igualmente, autoriza a su proveedor de servicios de pago para adeudar los importes correspondientes a dichos recibos.

(+) Campos Obligatorios

DATOS ASEGURADO (en caso de ser distinto del Tomador)

* ¿Es o ha sido persona de responsabilidad pública, o allegado por relación personal o empresarial?
 *Nombre y Apellidos _____ *NIF _____
 *F. Nacimiento _____ *Sexo V M *Estado Civil C S V D
 *Profesión _____ *Actividad _____
 *Tipo vía _____ *Domicilio _____ Resto _____
 *Localidad _____ *C. Postal _____ Provincia _____ País _____
 Teléfono Particular _____ Teléfono Trabajo _____
 Relación o Parentesco con el Tomador _____

DATOS DE BENEFICIARIOS EN CASO FALLECIMIENTO

El cónyuge del asegurado, en su defecto los hijos del asegurado, en su defecto los padres del asegurado y en su defecto los herederos legales del asegurado

En caso de desearse otro, indicar entre los siguientes:

LOS HIJOS DEL ASEGURADO EL CONYUGE DEL ASEGURADO LOS PADRES DEL ASEGURADO LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO

En caso de designación de personas, distintas a las reflejadas en el apartado anterior, indicar Nombre y Apellidos, NIF:

PLAN DE SEGURO

Importe Prima Periódica _____ Creciente al _____ % (máx. 3%) Constante Duración (años) _____
 Forma de Pago MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL Día de cobro recibos _____
 Importe Prima Única / Adicional _____ Modalidad _____

DATOS DE PRODUCTORES

Dirección Territorial: Oficina: Reinversión Póliza Anterior:
 Clave Nombre En calidad NOTAS (Control de Contratación)

El Tomador El Asegurado En.....a.....de.....de 20.....

Nº SOLICITUD						

SOLICITUD SEGURO DE AHORRO

Nº PÓLIZA						

DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA DE FALLECIMIENTO Y RIESGOS NO CUBIERTOS (Para modalidades con capital en riesgo adicional)

En caso de suicidio del Asegurado durante el primer año de vigencia del Contrato, la prestación a pagar a los Beneficiarios estará constituida únicamente por el Valor Acumulado del Fondo a fecha de comunicación de siniestro. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

En el caso de siniestro por alguna de las circunstancias que a continuación se indican, la Entidad abonará a los beneficiarios el importe que coincidirá con el resultado del producto del número de unidades de cuenta asignadas a la póliza, por el valor de liquidación de las mismas, a fecha de comunicación del siniestro:

- a) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- b) Los producidos a consecuencia de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, derrocamiento de gobierno, revolución, rebelión, sedición, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, terrorismo, motín, tumulto o conmoción civil.
- c) Los relacionados directa o indirectamente con el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- d) Los siniestros derivados de toda enfermedad que haya sido declarada por la OMS como Pandemia en Fase 5 y la tasa de mortalidad publicada de los afectados por dicha enfermedad fuese igual o superior al 30%.
- e) Se hace constar que el ámbito de Cobertura para las garantías derivadas de accidentes es mundial, exceptuando los países que en el momento de iniciar el viaje se encuentren entre aquellos que el Ministerio de Asuntos Exteriores desaconseje como destino dentro del apartado de seguridad que dedica cada país extranjero en su página web oficial.

No estarán cubiertos en la garantía de fallecimiento por accidente los sucesos acaecidos bajo alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Los causados voluntariamente por el Asegurado.
- b) Los ocasionados por competiciones, apuestas, tentativas de récord y, en general, todos los actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo los que sobrevengan en las tentativas de salvamento de personas o bienes.
- c) Los que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, así como los derivados de actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso el Asegurado no hubiere actuado en legítima defensa.
- d) Los sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, bajo el efecto de bebidas alcohólicas, o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes, no prescritas médicamente. A estos efectos se considerará que está bajo el efecto de bebidas alcohólicas, cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al autorizado en la legislación Española sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.
- e) Los no cubiertos en el fallecimiento por cualquier causa.

DERECHO DE RESOLUCIÓN

En aquellas modalidades donde de bien el Tomador asume el riesgo de la inversión o la rentabilidad garantizada está en función de inversiones asignadas a los mismos, el contrato que en su caso se celebre con ocasión de esta solicitud de seguro, no otorga derecho de resolución unilateral del Tomador, de acuerdo con el artículo 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro.

El Tomador

El Asegurado

En.....a.....de.....de 20.....

Nº SOLICITUD

SOLICITUD SEGURO DE AHORRO

Nº PÓLIZA

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	MAPFRE VIDA, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sobre la vida humana.
Finalidades	Gestión del contrato de seguro, elaboración de perfiles para el adecuado desarrollo del contrato de seguro, gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE y envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios del Grupo MAPFRE.
Legitimación	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado.
Destinatarios	Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
Información Adicional	Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en: http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02

El Tomador/Asegurado/Afectado queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE VIDA, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan de médicos y prestadores de servicios sanitarios o mediante grabación de conversaciones telefónicas, o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en:
<http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02>

El Tomador/Asegurado/Afectado consiente a su vez, la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con MAPFRE VIDA por razón del contrato de seguro.

MAPFRE VIDA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude.

En caso de que los datos facilitados se refieran a terceras personas físicas distintas del Tomador/Asegurado/Afectado, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, comunicaciones y demás términos previstos en el mismo y en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Tomador/Asegurado/Afectado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en:
<http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02>

El Tomador/Asegurado/Afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE VIDA cualquier variación que se produzca en los mismos. Del mismo modo autoriza a MAPFRE VIDA a solicitar o verificar de los médicos y prestadores de servicios sanitarios los datos y antecedentes de salud necesarios para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato y la satisfacción de sus intereses legítimos.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por MAPFRE VIDA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE VIDA, de las distintas entidades del Grupo MAPFRE, así como de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de Grupo MAPFRE.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos, incluida en:
<http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/VIDESPPERCLIPART01401ESES02>

Antes de firmar este documento, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en la cláusula llamada "TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES". Mediante la firma de este documento consiente el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones incluidos en dicha cláusula.

El Tomador

El Asegurado

En.....a.....de.....de 20.....