

Associate Zurich Vida Complet

Solicitud de Seguro

(Cumplimentar para la contratación de las garantías de fallecimiento, Invalidez Absoluta y Permanente y complementarias indicadas).



ZURICH®

Nº Prepóliza

Nº Póliza

NOTA: En las contestaciones señalar con X lo que proceda y en las sí no señalar con un círculo. Las zonas sombreadas están reservadas a la Compañía.

Efecto Duración años Forma de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Opción

Mediador productor

Datos del Tomador (cumplimentar si es distinto del Asegurado)

Apellidos y nombre

Domicilio

N.º

Adicional

Código postal

Población

Teléfono

N.I.F./C.I.F./NIE

E-mail

Datos del Asegurado

Apellidos y nombre

Domicilio

N.º

Adicional

Código postal

Población

Teléfono

Fecha nacimiento

Sexo M H

Estado Civil

NIE/N.I.F.

Actividad profesional que realiza

Deporte que practica

En colectivo sanitario indicar Especialidad

En caso de deporte/afición o competición de riesgo, riesgo extremo: Indicar tipo y ámbito

¿Reside usted más de 60 días de forma continuada en un país que no pertenezca a la Unión Europea? Sí No

¿Tiene usted planes de realizar algún viaje a una zona de guerra o área de crisis? Sí No (en caso de respuesta afirmativa, indicar):

¿Cuándo?

País/es

Motivo

Duración

¿Tiene usted otros seguros de vida contratados? Sí No En caso afirmativo, indique la suma asegurada

Domiciliación Bancaria

Entidad

Sucursal

Dígitos control

Cuenta corriente/Libreta

Beneficiarios

En caso de fallecimiento del Asegurado

En caso de Invalidez Absoluta y Permanente: El propio asegurado

Garantías a Contratar

Garantía principal

Fallecimiento

Garantías complementarias

Fallecimiento por accidente

Fallecimiento por accidente circulación

Incapacidad permanente y absoluta

Incapacidad por accidente

Incapacidad por accidente circulación

Invalidez Permanente Total para la profesión habitual

Capitales

Revalorización de los capitales: No revalorizable Revalorizable acumulativo según I.P.C.

% Revalorizable acumulativo anual (indicar el porcentaje - Máx. 4%)

Certificado de garantía de devolución de Zurich Vida. A partir de la recepción de mi contrato dispondré de 30 días para estudiar sus condiciones generales y particulares. Si no me satisface plenamente, podré anularlo con sólo devolverlo en ese plazo indicando "Anulado". La póliza que se emitirá de esta Solicitud, no entrará en vigor hasta el pago de la primera prima, cuyo importe deberá ser abonado por domiciliación bancaria.

En

a

de

de

Por el Mediador

El Tomador

El Asegurado solicitante (Si es distinto del Tomador)

Nombre y apellidos del Asegurado

NIF o permiso de residencia del Asegurado

Preguntas obligatorias de Declaración del solicitante. Señalar con una X SI o NO a cada pregunta según corresponda.

Altura cms Peso kgs

1- ¿En los últimos 5 años ha sido hospitalizado durante un periodo de más de 2 días? sí no ¿Por qué motivo?

2- ¿En los últimos 3 años ha tenido algún síntoma que le haya obligado a realizar dos o más consultas a un médico especialista? sí no
En caso de respuesta afirmativa, indicar los siguientes datos:

Indicar síntoma o enfermedad	Fecha de diagnóstico	Tratamiento realizado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado actual

3- ¿En los últimos 5 años ha recibido consejo médico de someterse a algún tratamiento, control, prueba o intervención quirúrgica con una duración superior a 4 semanas? sí no ¿Por qué motivo?

4- ¿Durante el último año ha tenido alguna lesión, enfermedad o síntoma de duración superior a 1 mes que esté o no diagnosticado y que le haya provocado alguna alteración en su peso o en su analítica de sangre y/o orina? sí no ¿Tipo de lesión/enfermedad/síntoma?

5- ¿En los últimos 12 meses ha estado incapacitado durante más de 15 días para el ejercicio de su profesión habitual a tiempo parcial o completo? sí no

Motivo	Cuando	¿Durante cuánto tiempo?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado y situación laboral actual

6- ¿Está tomando en la actualidad alguna medicación prescrita o no por un médico? sí no

Indicar medicación	¿Desde cuándo?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motivo

7- ¿Ha solicitado algún seguro de vida que incluya cualquier tipo de cobertura de invalidez o enfermedad grave que haya sido denegado, pospuesto o aceptado con alguna sobreprima o cláusula de exclusión? sí no

En caso de respuesta afirmativa, indicar los siguientes datos:

Compañía Aseguradora	Garantías	Fecha solicitud	Decisión
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adicionalmente, en caso de contratar la garantía de **Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual** responder a las siguientes preguntas:

¿Consumes Ud. más de 20 unidades de alcohol a la semana? (se entiende por unidad la medida de 20 cl) sí no

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del sistema respiratorio? (asma, bronquitis, síndrome de apnea del sueño, enfisema u otros) sí no ¿Qué enfermedad? Año origen

Estado actual

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del sistema digestivo o del hígado? (colitis ulcerosa, hepatitis, hígado graso, cirrosis, vías biliares u otros) sí no ¿Qué enfermedad? Año origen

Estado actual

¿Ha padecido o padece alguna afección de las cuerdas vocales? sí no ¿Qué enfermedad? Año origen

Estado actual

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del corazón o aparato circulatorio? (Hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, trastornos del ritmo, defectos valvulares u otros) sí no ¿Qué enfermedad? Año origen

Estado actual

¿Ha padecido o padece alguna enfermedad renal o de las vías urinarias? sí no ¿Qué enfermedad? Año origen

Estado actual

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad tumoral o cancerosa?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad?	Año origen
		Estado actual	
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad infecciosa y/o crónica y/o autoinmune? (Hepatitis u otra)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad?	Año origen
		Estado actual	
¿Tiene azúcar en la sangre y/o diabetes o padece anemia?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Tratamiento?	Año origen
		Estado actual	
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad metabólica o endocrinológica? (Alteraciones del tiroides, hipófisis, colesterol u otros)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad?	Año origen
		Estado actual	
¿Ha padecido o padece algún tipo de enfermedad reumática o de la columna vertebral?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad?	Año origen
		Estado actual	
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del oído, incluida la pérdida de agudeza auditiva?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad?	Año origen
		Estado actual	
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de la vista, incluidos los trastornos de retina, la pérdida de agudeza visual y/o miopía superior a 6 dioptrías con o sin intervención quirúrgica u otros?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Indicar enfermedad y causa	
		Indicar fecha en caso de corrección quirúrgica	
¿Está tomando en la actualidad alguna medicación prescrita o no por un médico?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Indicar medicación	¿Desde cuándo?
		Motivo	
¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la piel?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad?	Año origen
		Estado actual	
¿Padece o ha padecido alguna enfermedad psíquica, psiquiátrica o del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	¿Qué enfermedad?	Año origen
		Estado actual	

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad no mencionada anteriormente? sí no En caso afirmativo, indicar los sí no siguientes datos:

Indicar enfermedad declarada	Fecha de diagnóstico	Tratamiento realizado
Estado actual		

El Tomador y/o Asegurado declara que son exactas las respuestas que contiene la presente Solicitud/cuestionario de seguro, siendo responsable de las inexactitudes del mismo, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley de contrato de Seguro, obligándose a comunicar a la Entidad Aseguradora cualquier variación que se produzca durante la vigencia del seguro.

Protección de Datos Personales. Los datos de carácter personal se incluirán en ficheros de las entidades Zurich Vida, Zurich Insurance plc, Sucursal en España y Aide Asistencia, la finalidad de los cuales es la oferta, perfección, mantenimiento y control del contrato de seguro así como la realización de estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, la gestión del coaseguro en su caso y la prevención del fraude. La declaración de sus datos es voluntaria aunque necesaria para el funcionamiento de la relación contractual. En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad contratante correspondiente, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Vía Augusta 200, 08021-Barcelona. Asimismo sus datos serán utilizados para el ofrecimiento de productos o servicios por parte de las entidades Zurich Vida, Zurich Insurance plc, Sucursal en España y Aide Asistencia u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados, así como para el envío de información sobre los productos, bienes o servicios que comercialicen otras entidades y que, de acuerdo con los datos que nos ha facilitado, mejor se ajusten a su perfil y necesidades. En caso que desee manifestar su negativa al uso de sus datos con tal finalidad puede hacerlo a través de la dirección de correo electrónico zurichlcpd@zurich.com.

Quejas y Reclamaciones. Las quejas y reclamaciones podrán dirigirse al Servicio de Defensa del Cliente de la Compañía conforme al procedimiento establecido en el Reglamento para la Defensa del Cliente dispuesto por la Compañía y que se encuentra disponible en nuestra página web. Dicho Reglamento se ajusta a los requerimientos de la Orden Ministerial ECO 734/2004 y aquellas normas que la sustituyan o modifiquen. El Servicio para la Defensa del Cliente regulado en el citado Reglamento dictará resolución, dentro del plazo máximo señalado en este último, a partir de la presentación de la queja o reclamación. El reclamante podrá, a partir de la finalización de dicho plazo, acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en su caso.

Cláusula SEPA (Single Euro Payments Area)- Zona Única de Pagos en Euros. El Tomador/Asegurado, al facilitar los datos bancarios para el pago de la prima del seguro consiente y autoriza que su importe sea cargado en la cuenta que se facilita y se recoge en este documento o en aquel que, durante la vida del contrato, se comunique a la Entidad aseguradora con tal finalidad.

Información previa contractual. El Tomador, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 104, 105 y 107 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados 2486/1998, de 20 de noviembre, reconoce que ha sido informado por escrito por el Asegurador de todas las circunstancias recogidas en los artículos 104 y 105 del mismo Reglamento relativas a garantías, primas, derechos, obligaciones y bases de cálculo utilizadas para la determinación de prestaciones, y asume la obligación de transmitirla a los aseguradores con anterioridad su inclusión en la póliza. Igualmente se obliga a facilitarles, durante la vigencia del contrato, las modificaciones que pueda experimentar la información inicialmente suministrada.

En	a	de	de
Por el Mediador	El Tomador	El Asegurado solicitante (Si es distinto del Tomador)	

Rellenar todos los datos por el Asegurado / Tomador, fecha y firma.

El Tomador y/o Asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 107 del R.D. 2486/1998 de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, reconoce que con anterioridad a la perfección del Contrato ha sido informado por escrito de todas las circunstancias necesarias para tener un conocimiento preciso de las garantías, primas, derechos, obligaciones y bases de cálculo utilizadas para la determinación de las prestaciones, según lo previsto en los artículos 104 y 105 de la citada norma.

Fecha de la recepción de la nota Informativa a	de	de	El Tomador
--	----	----	------------

NOTA INFORMATIVA

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, del 8 de octubre de Contrato de Seguro, también por lo previsto en el Real Decreto 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 por el Real Decreto 297/2004, de 20 de febrero, por el que se modifica el Reglamento que la desarrolla, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de dicho Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos como parte adicional a las Condiciones Particulares. No requieren dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

Protección del Asegurado: Sin perjuicio de la capacidad de las partes de ejercitar sus acciones sobre los órganos jurisdiccionales del domicilio del Tomador, si el conflicto se suscita entre éste y el Asegurador, las partes podrán someter cualquier controversia que pudiera suscitarse: a) Al Servicio de Atención al Cliente, o al Defensor del Cliente sitos en la calle Orense nº 69 de Madrid y en la calle Conde de Aranda nº 15 respectivamente, quienes atenderán y resolverán dentro de sus competencias las reclamaciones y, en su caso, las quejas formuladas por los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios y derechohabientes de unos y otros, en los términos y condiciones contenidos en el Reglamento para la Defensa del Cliente de Zurich Vida, Cia. de Seguros y Reaseguros, S.A, Sociedad Unipersonal. El SAC y el DC disponen del plazo de dos meses a contar desde la presentación de la queja o reclamación, para emitir un pronunciamiento, transcurrido el plazo citado sin que se haya dictado su resolución o en caso de disconformidad con el pronunciamiento dictado, el reclamante podrá acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones; b) al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, adscrito a la Dirección General de Seguros, Paseo de la Castellana nº 44 de Madrid. Para ello, será imprescindible agotar la vía del Servicio de Atención al Cliente o del Defensor del Cliente.

El Estado al que corresponde el control de la actividad aseguradora es España y la autoridad, órgano de control, es la Dirección General de Seguros y Pensiones.

Usted: Es el Tomador del Seguro, la persona física que ha solicitado y suscrito el Contrato con Nosotros. Usted asume las obligaciones derivadas del Contrato.

Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se concierta el Seguro. Normalmente será Usted mismo, aunque, como Tomador, puede designar otra persona como Asegurado en el momento de la contratación del Seguro.

Beneficiario: Es la persona física o la persona jurídica, titular del derecho o de la indemnización y será Usted mismo o quien Usted designe.

Nosotros: Somos Zurich Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Sociedad Unipersonal, con C.I.F. A-08168213 y domicilio social en Madrid, Calle Santa Leonor, 57, con vuelta a Calle Julián Camarillo, 29, que asume el riesgo contractualmente pactado.

Edad actuarial: Es la edad que sirve de base para el cálculo de su Prima de Seguro. Ésta es su edad actual o, si han transcurrido más de seis meses entre su último cumpleaños y la fecha de efecto de su Póliza, se le sumará un año más a su edad actual.

Objeto del Seguro:

Por el presente Contrato, Nosotros nos obligamos a pagar al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares:

- A) En caso de Fallecimiento del Asegurado: El capital garantizado indicado en las Condiciones Particulares. Si el Fallecimiento fuera por Accidente y tuviera contratada esta garantía, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Si fuera por Accidente de Circulación, y para ello debe haber contratado la garantía de Fallecimiento por Accidente, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Asimismo, en caso de haber contratado la garantía de Fallecimiento por Accidente de Circulación, y si en el mismo accidente falleciera el Asegurado y su cónyuge o pareja de hecho existiendo en ese momento hijos comunes menores de 18 años o mayores incapacitados legalmente, se duplicaría la prestación garantizada por esta garantía que les pudiera corresponder como Beneficiarios con un límite máximo entre todos los beneficiarios de 200.000.-euros.
- B) En caso de Vida del Asegurado: En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado y siempre que se tuviera contratada esta garantía, pagaremos el capital garantizado indicado en las Condiciones Particulares. Si la Incapacidad fuera por Accidente y tuviera contratada esta garantía, y para ello debe haber contratado la Incapacidad Permanente y Absoluta, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. Si fuera por Accidente de Circulación, y tuviera contratada esta garantía, y para ello debe haber contratado la de Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente, pagaremos el capital suplementario garantizado en Condiciones Particulares. En caso de diagnóstico de Enfermedad Grave con las condiciones establecidas en las Condiciones Especiales de esta garantía y siempre que se tuviera contratada pagaremos el capital garantizado en las Condiciones Particulares, o independientemente de las garantías complementarias contratadas, en caso de Enfermedad Terminal tal como figura definido en las Condiciones Especiales del Seguro Principal, se anticiparía el capital garantizado para la garantía de fallecimiento hasta un máximo de 480.000.- euros.

A y B son excluyentes entre sí, por lo que, una vez realizado el pago de una de ellas, la póliza se anulará, excepto en los casos de Diagnóstico de Enfermedad Grave o Enfermedad Terminal en los términos descritos en las Condiciones Especiales de las garantías respectivas, si el capital garantizado es inferior al de Fallecimiento, en cuyo caso la póliza se mantendrá en vigor por el importe de capital garantizado de fallecimiento no anticipado.

Jurisdicción: Si cualquiera de las partes contratantes, o ambas, decidieran ejercitar sus acciones ante los Órganos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, siempre que éste resida en territorio español. Dicho Juez será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este Contrato de Seguro.

Riesgos excluidos:

- * **Suicidio:** Durante el primer año de vigencia del Contrato no estará cubierta la muerte del Asegurado causada consciente y voluntariamente por él mismo.
- * **Aviación:** Siempre que no vaya como pasajero de líneas regulares comerciales, charter o, en general en aparatos civiles provistos de certificado de vuelo debidamente autorizado.
- * **Causados en conflictos armados, haya precedido o no declaración de guerra.**

Además, quedan excluidos todos los recogidos en el artículo 3 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Incapacidad Permanente y Absoluta, Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente, Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente de Circulación, Fallecimiento por Accidente, Fallecimiento por Accidente de Circulación y en el artículo 4 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Enfermedades Graves.

Declaraciones falsas o inexactas: En caso de falsedad o inexactitud en las declaraciones efectuadas por Usted o el Asegurado que sirvieron como base para que Nosotros aceptásemos el riesgo, se estará a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

Toma de efecto del Seguro: La póliza entra en vigor en la fecha y hora indicada en las Condiciones Particulares siempre y cuando Usted nos haya pagado el correspondiente recibo de Prima.

Pago de la Prima: Es anual y se pagará por anticipado, pudiendo fraccionarse en semestres, trimestres o meses.

Pago de prestaciones: Usted o sus Beneficiarios deberán comunicarnos su derecho a percibir la prestación garantizada por este Contrato dentro de un plazo máximo de siete días a partir del momento de haber conocido tal circunstancia. Para hacer efectivo el cobro del citado importe, deberán presentar en Zurich Vida la relación de documentos recogidos en el artículo 6 de las Condiciones Generales. En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del Asegurado o Enfermedad Grave, nos remitimos al artículo 2 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Incapacidad Permanente y Absoluta y al artículo 5 de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de Enfermedades Graves respectivamente. En caso de Enfermedad Terminal, nos remitimos al artículo 1 de las Condiciones Especiales del Seguro Principal. Una vez recibida la documentación, Nosotros, en el plazo máximo de cinco días pagaremos o consignaremos la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

Impuestos y recargos: En su caso, los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban pagarse por razón de este Seguro, serán a cargo de Usted como Tomador, del Asegurado o del Beneficiario del Contrato.

Fiscalidad: El pago de las prestaciones que puedan derivarse del Contrato, así como las retenciones que proceda efectuar sobre las mismas, estarán sujetas a tributación por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, siempre que no proceda su sujeción al Impuesto de Sucesiones y Donaciones, de conformidad con lo establecido en las Leyes reguladoras de dichos Impuestos y sus normas complementarias.

Cuestionario Conocimiento del Cliente – Personas Físicas

Su **cumplimentación y firma por parte del tomador** será obligatorio para las pólizas de Vida

Datos Básicos del Tomador:

¿Actúa usted en nombre propio o en presentación de un tercero? En nombre propio En nombre de un tercero (indicar datos del representante)

Representante:	
Nombre y Apellidos:	Nº Identificación:
Actividad: <input type="radio"/> Cta Propia <input type="radio"/> Cta Ajena <input type="radio"/> Otros	Estado Civil:
Empresa para la que trabaja:	Antigüedad:
Sector:	Cargo o función:

Personas de Responsabilidad Pública (PRP):

¿Es usted o alguno de los familiares o allegados, una persona de responsabilidad pública? Sí No

En caso afirmativo, indicar nombre y apellidos del PRP/Cargo:

Datos económicos y de Gestión:

Nivel de renta estimada: < 27 m € De 27 m € a 57 m € De 57 m € a 120 m € De 120 m € a 390 m € >390m €

De dichas rentas, indique en porcentajes el origen de las mismas según si provienen de:

% Renta Trabajo % Renta Inmobiliaria % Renta Mobiliaria % Renta Otras

Patrimonio estimado en euros:

Del patrimonio declarado, indique en porcentajes su distribución según si son:

% Empresas participadas % En inmuebles % En patrimonio financiero % En otros patrimonios

Origen de los fondos:

El tomador declara que los fondos o recursos financieros que Zurich Vida recibe como prima o aportación extraordinaria en el contrato de referencia tienen como origen:

Rendimientos del trabajo Rendimientos de capital mobiliario Rendimientos de capital inmobiliario

Rendimientos de actividades económicas Otros (indicar detalle a continuación):

Motivo de la contratación de la póliza:

Protección personal o familiar Previsión personal o familiar Cobertura Préstamo

Otros: (Indicar motivo)

Otros:

Se facilita documentación que soporte la información facilitada en el presente cuestionario (en caso afirmativo dar detalle): Sí No

Protección de datos personales. Los datos de carácter personal, de cumplimentación voluntaria aunque necesaria para la perfección del contrato de seguro, se incluirán en ficheros cuya finalidad es el adecuado conocimiento del perfil del cliente y su adecuación a las características derivadas de la póliza contratada en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 10/2010, de 28 de abril, y legislación complementaria por parte de las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia, u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Vía Augusta 200, 08021-Barcelona. Los datos de carácter personal únicamente serán comunicados a otras entidades cuando sea necesario para el correcto desarrollo del contrato de seguro, para estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos o para la gestión del coaseguro y reaseguro. La autorización del cliente/usuario a la cesión o tratamiento de sus datos tendrá siempre carácter revocable. Para todo lo cual el solicitante manifiesta expresamente su consentimiento.

En _____ a _____ de _____ de _____

El tomador (o Representante)

Dirección de Correspondencia: Aribau, 197, 4ª planta – 08021 Barcelona.

Zurich Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –Sociedad Unipersonal–, N.I.F.: A-08168213

Domicilio Social: Calle Agustín de Foxá, 27, Madrid. Registro Mercantil de Madrid, Tomo: 16.325 Libro: 0, Folio: 189, Sección: 8, Hoja: M-126243, Inscripción: 131.

Ejemplar para la Compañía

Cuestionario Conocimiento del Cliente – Personas Jurídicas

Su **complimentación y firma por parte del tomador** será obligatorio para las pólizas de Vida

Datos Básicos:

Razón social:	ID Fiscal:
Sector:	Año de constitución:
CNAE - Actividad económica/profesional:	
Plantilla- Nº de empleados:	Dimensión: <input type="radio"/> Pequeña <input type="radio"/> Mediana <input type="radio"/> Grande

Representantes:

Nombre y Apellidos	Nº ID fiscal	Tipo de Documento

Accionistas

(Detallar titulares con una participación accionarial superior o igual al 25% del capital social de la entidad. En caso de que éstos a su vez sean personas jurídicas, indicar nombre de la persona física que tiene mayor participación. En su defecto serán los Administradores de la sociedad.)

Nombre y Apellidos	Nº ID fiscal	Tipo de Documento	% Participación	Nacionalidad

Personas de Responsabilidad Pública (PRP):

¿Es alguno de los accionistas/representantes o alguno de los familiares o allegados, una persona de responsabilidad pública? Sí No

En caso afirmativo, indicar nombre y apellidos del PRP/Cargo:

Datos económicos y de Gestión:

Nivel de Facturación estimada: <300 m € De 300 m € a 900 m € De 900 m € a 2M € De 2M € a 6M € De 6M € a 10M € De 10M € a 20 M € De 20M € a 30M € De 30M € a 50 M € De 50M € a 100M € > 100M €

Capital Social:

¿Dispone su compañía de filiales en otros países? No Sí (Indicar detalle)

¿Cuál es el ámbito de actuación empresarial de su compañía? Local Regional Provincial Nacional

Internacional (Indicar detalle)

Origen de los fondos:

El tomador declara que los fondos o recursos financieros que Zurich Vida recibe como prima o aportación extraordinaria en el contrato de referencia tienen como origen: Beneficios ordinarios/extraordinarios Rendimientos de capital mobiliario Rendimientos de capital inmobiliario

Rendimientos de actividades económicas Otros (indicar detalle a continuación):

Motivo de la contratación de la póliza: Persona clave para la empresa Cobertura préstamo

Otros: (Indicar motivo)

Otros:

Se facilita documentación que soporte la información facilitada en el presente cuestionario (en caso afirmativo dar detalle): Sí No

Protección de datos personales. Los datos de carácter personal, de cumplimentación voluntaria aunque necesaria para la perfección del contrato de seguro, se incluirán en ficheros cuya finalidad es el adecuado conocimiento del perfil del cliente y su adecuación a las características derivadas de la póliza contratada en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 10/2010, de 28 de abril, y legislación complementaria por parte de las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia, u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, y a través de sus intermediarios autorizados. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a las entidades Zurich Insurance, Zurich Vida y Aide Asistencia, responsables de los ficheros y su tratamiento, con domicilio a estos efectos en Vía Augusta 200, 08021-Barcelona. Los datos de carácter personal únicamente serán comunicados a otras entidades cuando sea necesario para el correcto desarrollo del contrato de seguro, para estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos o para la gestión del coaseguro y reaseguro. La autorización del cliente/usuario a la cesión o tratamiento de sus datos tendrá siempre carácter revocable. Para todo lo cual el solicitante manifiesta expresamente su consentimiento.

En	a	de	de
----	---	----	----

El tomador (o Representante)

Dirección de Correspondencia: Aribau, 197, 4ª planta – 08021 Barcelona.

Zurich Vida Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –Sociedad Unipersonal–, N.I.F.: A-08168213

Domicilio Social: Calle Agustín de Foxá, 27, Madrid. Registro Mercantil de Madrid, Tomo: 16.325 Libro: 0, Folio: 189, Sección: 8, Hoja: M-126243, Inscripción: 131.

Ejemplar para la Compañía