

Datos del distribuidor

Nombre Distribuidor	Cód. Distribuidor	Cód. Producto	Fecha efecto póliza (a cumplimentar en la emisión)

Datos del Solicitante

Nombre/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido
NIF/CIF	Domicilio habitual	Nº Piso (otros)
Población	C.P. Provincia	Nacionalidad
Fecha de nacimiento	Sexo	Profesión
Idioma de preferencia	Situación familiar (indicar número de hijos a su cargo)	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Email
País de Residencia Fiscal (cumplimentar solo en el caso de Nacionalidad distinta a la Española)		

Datos del Asegurado (si es distinto del solicitante)

Nombre/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido
DNI/NIE	Domicilio habitual	Nº Piso (otros)
Población	C.P. Provincia	Nacionalidad
Fecha de nacimiento	Sexo	Profesión
Idioma de preferencia	Situación familiar (indicar número de hijos a su cargo)	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Email
País de Residencia Fiscal (cumplimentar solo en el caso de Nacionalidad distinta a la Española)		

Domiciliación bancaria

Cód. IBAN **E S** Cód. Entidad Cód. Oficina DC Número de cuenta

Modalidad seguro

CAPITAL CONSTANTE	Capital Asegurado
Garantías	
Fallecimiento por cualquier causa	_____
Fallecimiento Accidente	_____
Fallecimiento Accidente Circulación	_____
Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa	_____
Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente	_____
Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente Circulación	_____
Incapacidad Permanente Total (Para profesión habitual)	_____
Enfermedades Graves	_____

Duración del seguro: 1 año Anual (Renovable) Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Beneficiarios

En caso de fallecimiento del Asegurado: (Salvo indicación expresa del Solicitante, el orden preferente y excluyente será 1º el cónyuge no separado legalmente, 2º los hijos, 3º herederos legales).

En caso de Incapacidad: (Salvo designación expresa del Solicitante será el propio Asegurado).

En caso de Enfermedades Graves será siempre el propio Asegurado.

DECLARACIONES DE SALUD DEL ASEGURADO

Estatura _____ cms. Peso _____ kgs.

¿Fuma? Si No

Para capitales (cúmulo) iguales o inferiores a 50.000€ y para asegurados con edad igual o inferior a 60 años que contraten un capital (cúmulo) igual o inferior a 150.000€, cumplimentar esta pregunta/declaración de estado de salud:

1. ¿Durante 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, derrame cerebral, diabetes, problemas de riñón, hígado, trastornos neurológicos o psiquiátricos, infección por VIH, hepatitis B o C, cáncer, melanoma, tumor, quiste, bulto, pólipos, o en los últimos 2 años ha sido hospitalizado durante más de 7 días consecutivos? Si No

A cumplimentar para el resto de asegurados:

2. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, pospuesta o aceptada con sobreprima o exclusiones alguna solicitud de seguro de vida? Si No
3. ¿Está recibiendo o tramitando alguna pensión por incapacidad para trabajar, o ha tenido alguna vez algún siniestro de incapacidad, accidente o enfermedad grave? Si No
4. ¿Le han diagnosticado alguna vez o ha recibido tratamiento médico por alguna de las siguientes causas?: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), Alergias o trastornos de Sistema Inmunológico, Vejiga, Riñones, Próstata o Sistema Urinario, Sangre, Huesos, articulaciones, músculos o tejido conectivo, Cerebro, médula espinal o trastornos o enfermedades neurológicas, Pulmón o problemas respiratorios, Cáncer, Melanomas, Quistes, Tumores o bultos de cualquier tipo? Si No
5. ¿Le han diagnosticado alguna vez o ha recibido tratamiento médico por alguna de las siguientes causas?: Ictus o accidente cerebro vascular, Ataque isquémico transitorio (ATI), Diabetes, Dependencia de Alcohol o Drogas, Oído, Nariz, Garganta o Boca, Ojos, Corazón, venas o vasos sanguíneos, Hepatitis, Hormonas, glándulas o enfermedades metabólicas, Infecciones o enfermedades virales, Lesiones o envenenamientos, Intestino, esófago o estómago, Hígado, Vesícula o conducto biliar, Alteración psicológica, mental o del comportamiento. Si No
6. ¿Su madre, padre, hermana o hermano biológico han sido diagnosticados antes de los 60 años de: Cáncer, infarto, accidente cerebrovascular, enfermedad de Huntington, Alzheimer o Parkinson? Si No
7. ¿Tiene la intención de solicitar o le han aconsejado seguir tratamiento médico por algún problema de salud distinto de los mencionados a está a la espera de cualquier ingreso hospitalario o de resultados de alguna prueba médica? Si No
8. En los últimos 5 años, ¿Se ha sometido o está pendiente de someterse a algún tipo de cirugía? Si No
9. En los últimos 5 años, ¿se ha sometido a algún tratamiento médico de más de 3 semanas de duración por motivos distintos de la hipertensión, el colesterol alto, la hipertrigliceridemia, la menopausia, las alergias, anticonceptivos o terapia preventiva? Si No
10. Aparte de las patologías mencionadas, ¿Durante los últimos 5 años le ha sido recetada medicación por un médico u otro profesional de la salud por un periodo superior a 7 días (aparte de la gripe común)? Si No

Información del cliente persona física

Trabajador autónomo / Cuenta ajena

País de segunda nacionalidad

El Cliente conoce que AXA puede ser requerida por cualquier organismo oficial de aquel país o países donde fuera residente fiscal o tuviera alguna responsabilidad de carácter tributario. Doy mi expreso consentimiento a que AXA facilite la citada información con el exclusivo propósito de cumplir con las obligaciones impuestas por las Leyes y/o regulaciones normativas en sentido amplio de aquellos países

El Cliente manifiesta que los datos recogidos son veraces a fecha de la firma de este documento. Asimismo, el Cliente se compromete a notificar a la entidad aseguradora cualquier cambio en los datos arriba relacionados proporcionando al grupo AXA una declaración actualizada en un periodo de 30 días a partir de dicho cambio de circunstancias.

Cláusulas limitativas o de exclusiones

La Entidad Aseguradora no cubre ningún siniestro cuya causa sea consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes anteriores al efecto del seguro, aun cuando concurra con otras enfermedades posteriores al efecto del seguro.

Cláusula de consentimiento y autorización

La legislación aplicable es la española y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía, el organismo de supervisión.

De conformidad con el Reglamento General de Protección de datos, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS le informa que sus datos personales, incluidos los datos de salud, serán tratados por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS con la finalidad de gestionar su solicitud, así como que estos datos pueden ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro.

La cumplimentación de los datos personales facilitados en este boletín es totalmente voluntaria, pero constituyen un requisito contractual y son necesarios para la gestión de su solicitud, la póliza en su caso y mantenimiento de la relación contractual. Por lo tanto, en caso de que no nos facilite la información obligatoria, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS no podrá suscribir ni ejecutar el correspondiente contrato de seguro con usted.

Responsable del tratamiento de datos personales

Le informamos de que sus datos personales serán tratados por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, como responsable del tratamiento, con domicilio social en C/ Alameda de Urquijo, 78 Planta Baja, 48013 Bilbao.

Para velar por el leal y transparente tratamiento de sus datos personales, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS cuenta con un Delegado de Protección de Datos, con quién podrá contactar en DPOAXA@axa.es

Finalidades principales del tratamiento

AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS tratará sus datos para las siguientes finalidades:

- Gestionar la solicitud de contrato de seguro y llevar a cabo el contacto y atención telefónica posterior para poder continuar con la suscripción del seguro. En caso de no facilitar los datos, no podremos gestionar su solicitud.

Cláusula de consentimiento y autorización (continuación)

- Llevar a cabo las pertinentes verificaciones y comprobaciones que permitan evaluar el riesgo y posible fraude en el momento precontractual y/o contractual de la póliza, así como para evaluar su solvencia.
 - Elaboración de perfiles con fines actuariales y de análisis de mercado.
 - Realización de encuestas de calidad u opinión.
 - Envío de información o publicidad, ofertas y promociones, obsequios y campañas de fidelización, o cualesquiera otras actuaciones con carácter comercial (incluida la elaboración de un perfil comercial para tal fin), a través de correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, acerca de nuestros productos y servicios aseguradores propios, así como aseguradores y financieros de las entidades AXA SEGUROS GENERALES, S.A. de Seguros y Reaseguros, AXA Global Direct de Seguros y Reaseguros, S.A.U., AXA Pensiones S.A, EGFP, Bidepensión EPSV y Winterthur EPSV, incluyendo, en su caso, la posible elaboración de perfiles comerciales. El envío de las comunicaciones comerciales podrá realizarse incluso una vez finalizada la relación comercial si así lo autoriza.
 - Elaboración de su perfil a partir de la información proporcionada en el marco del contrato del seguro y aquella que obtengamos de la consulta a ficheros amparados en los códigos tipo del sector asegurador, de lucha contra el fraude y sobre solvencia patrimonial y crédito. Sobre esta información, aplicaremos un algoritmo automático que nos indicará el riesgo asociado a su contratación del seguro y, en función del valor obtenido, calcularemos la prima del mismo y de las sucesivas renovaciones. En todo caso, usted tendrá derecho a obtener intervención humana por parte de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, a expresar su punto de vista y a impugnar la decisión en caso de no estar de acuerdo con ella.
- En todo caso, los datos personales serán tratados de forma confidencial, debiendo ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con la solicitud, y, en su caso, el contrato de seguro.

Bases legitimadoras principales

AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, trata los datos con las siguientes bases legitimadoras:

- La gestión de su solicitud es nuestra principal legitimación para tratar los datos personales solicitados para la elaboración del mismo.
- Habilitación legal para el tratamiento de sus datos para la realización de los perfilados necesarios para la verificación del riesgo y prevención del fraude y la realización de estudios estadístico-actuariales, así como cumplimiento de obligaciones legales para las finalidades previstas en la Ley del Contrato de Seguro, Ley de Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR) -que ampara el tratamiento de los datos de salud que resulten necesarios para la ejecución del contrato de seguro y por razones de interés público en el ámbito de la salud pública- y otra normativa aplicable a entidades aseguradoras
- Interés legítimo para la realización de encuestas de calidad u opinión, así como para el envío de comunicaciones comerciales de productos y servicios aseguradores propios, incluyendo, en su caso, la posible elaboración de perfiles comerciales con datos derivados de la relación contractual.
- Consentimiento para informar por correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, acerca de productos y servicios aseguradores y financieros de las entidades AXA SEGUROS GENERALES, S.A. de Seguros y Reaseguros, AXA Global Direct de Seguros y Reaseguros, S.A.U., AXA Pensiones S.A. EGFP, Bidepensión EPSV y WINTERTHUR EPSV.
- Consentimiento para la realización de perfiles sobre usted basados en su comportamiento de navegación, factores socio-culturales y la utilización de técnicas de tratamiento masivo de datos (big data) con fines de análisis de mercado y con la finalidad de valorar los productos y servicios aseguradores y financieros que puedan resultar de su interés.

Procedencia de los datos cuando no los ha facilitado su titular

Junto a la información que usted nos proporciona directamente (por ejemplo, a través de formularios, solicitud de la póliza, etc.), obtendremos información sobre sus hábitos de navegación online (con independencia del medio utilizado) en caso de que usted lo consienta previamente. Además, accederemos a ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito para obtener información sobre su solvencia, como deudas bajo otros contratos. Igualmente, consultaremos ficheros amparados en códigos tipo del sector asegurador con finalidades de evaluación de riesgo y prevención de fraude. En caso de que los datos facilitados se refieran a otras personas físicas distintas, el solicitante manifiesta de forma expresa haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la solicitud. En el caso concreto de menores de edad, si el solicitante no es el representante legal del menor garantiza que cuenta con el consentimiento expreso de éste antes de la firma del presente acuerdo.

Destinatarios de los datos

Los datos personales no serán transmitidos a terceros, salvo en los siguientes supuestos:

- A otras entidades aseguradoras y reaseguradoras para la ejecución y gestión de su solicitud y, en su caso, del contrato de seguro.
- En caso de que se llegue a ejecutar el contrato, a prestadores de servicios profesionales (por ejemplo, abogados externos, peritos,) cuando sea necesario para el cumplimiento del contrato de seguro, así como otros prestadores de servicios tecnológicos y de servicios derivados de la relación contractual.
- Únicamente cuando haya dado su consentimiento expreso, AXA SEGUROS GENERALES, S.A. de Seguros y Reaseguros, AXA Global Direct Seguros y Reaseguros, S.A.U., AXA Pensiones S.A. EGFP, Bidepensión EPSV y WINTERTHUR EPSV, con la finalidad de valorar los productos aseguradores y financieros que puedan resultar de su interés y para remitirle la información por correo postal, correo electrónico, teléfono SMS u otros medios electrónicos equivalentes, sobre sus respectivos productos y servicios.
- A los organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, para la selección de riesgos y para la liquidación de siniestros.

Transferencias internacionales de sus datos personales

Sus datos personales podrán ser comunicados a destinatarios ubicados en países fuera del Espacio Económico Europeo, incluyendo países que no proporcionan un nivel de protección de datos equivalente al de la Unión. Sin embargo, en estos casos, los mismos serán tratados con escrupuloso cumplimiento de la legislación europea y española y, asimismo, se implementarán las garantías que le indicamos a continuación:

Categoría de destinatario	País	Garantía
Entidades del Grupo AXA por ejemplo, AXA Business Services Pvt. Ltd.	India	Normas Corporativas Vinculantes
Prestadores de servicios tecnológicos y de marketing	EEUU	Normas Corporativas Vinculantes Privacy Shield Cláusulas contractuales Tipo

Período de conservación de los datos personales

AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, conservará sus datos durante el plazo legalmente establecido, el cual será, en caso de que llegue a formalizarse póliza, de un máximo de 10 años a contar desde la nulidad o del siniestro.

Derechos que puede ejercitar sobre sus datos

Como titular de los datos, y en cualquier momento, usted tiene derecho a dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, al Dpto. Operaciones-Relación Cliente, Calle Emilio Vargas, nº 6, 28043, Madrid o a la dirección de email buzón.lopdx@axa.es, mediante comunicación que contenga nombre y apellidos

Cláusula de consentimiento y autorización (continuación)

del interesado, fotocopia de su documento nacional de identidad o pasaporte u otro documento válido que lo identifique y, en su caso, de la persona que lo represente, en los términos previstos en la legislación vigente, para ejercer los siguientes derechos:

- **Derecho de Acceso**
Usted tiene derecho a que AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS le informe sobre si está tratando o no sus datos personales y, en tal caso, poder acceder a dichos datos y recibir información sobre los fines para los que son tratados, las categorías de datos afectados por el tratamiento, los destinatarios a los que se comunicaron sus datos personales y el plazo previsto de conservación de los datos, entre otra información.
- **Derecho de Rectificación y Supresión**
Usted tiene derecho a solicitar la supresión de datos personales siempre que se cumplan los requisitos legales de aplicación, y la rectificación de los datos inexactos que le conciernan cuando, entre otros motivos, éstos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos.
- **Limitación del tratamiento, revocación del consentimiento y oposición total o parcial al tratamiento**
En determinadas circunstancias (por ejemplo, en caso de que el solicitante impugne la exactitud de sus datos, mientras se verifica la exactitud de los mismos), usted puede solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, siendo estos únicamente tratados para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
Sin perjuicio de lo anterior, le informamos que, en caso de que se ejerza el derecho de limitación, oposición o revocación del tratamiento y cesión de datos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.
También tiene derecho a revocar el consentimiento prestado y a oponerse al tratamiento en cualquier momento, por motivos relacionados con su situación particular, en caso de que el tratamiento esté basado en nuestro interés legítimo o en el interés legítimo de un tercero (incluyendo el tratamiento que tenga por objeto la mercadotecnia directa y la elaboración de los correspondientes perfilados). En este caso, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, cesará en el tratamiento, salvo acreditación de motivos legítimos.
- **Portabilidad de sus datos**
Usted tiene derecho a recibir los datos personales que haya facilitado a AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, en un formato estructurado, común y de lectura mecánica, y a poder transmitirlos a otro responsable del tratamiento sin que el responsable al que se los hubiera facilitado se lo impida, en los supuestos legalmente previstos a estos efectos.
- **Decisiones individuales automatizadas**
Asimismo, además de los derechos mencionados, en caso de que se adopten decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, usted tiene derecho a obtener intervención humana por parte de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, y a expresar su punto de vista y a impugnar la decisión.
- **Otros**
Igualmente, cuando se transfieran datos personales a un tercer país o a una organización internacional, tendrá derecho a ser informado sobre cómo se puede acceder u obtener copia de las garantías adecuadas relativas a la transferencia.
Para cualquier duda o cuestión adicional sobre el ejercicio de sus derechos o, en general, sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactar con nuestro Delegado de Protección de datos en DPOAXA@axa.es
Finalmente, usted tendrá derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control nacional (Agencia española de Protección de Datos en C/Jorge Juan, 6. 28001- Madrid o tfno. 912663517) o autonómica respectiva.

Información adicional

Más información adicional y detallada disponible en la Política de privacidad de la Web <https://www.axaes/acerca-axa/enlaces-politica-de-privacidad>

Declaro haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas por escrito o por teléfono sobre mi estado de salud y reconozco que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad. Acepto, asimismo, que AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS pueda solicitar nueva información/documentación sobre mi estado de salud, una vez analizado el contenido de la información facilitada en su momento. Igualmente el Tomador/Asegurado declara conocer y aceptar expresamente los plazos de carencia que se especifican para cada supuesto de esta póliza.

Del mismo modo, reconozco haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en el art. 96 de la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el artículo 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como la información contemplada en la Ley 22/2007, de 11 de Julio sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

Resolución del contrato por irregularidades en la documentación requerida conforme a la Ley 10/2010, de 28 de abril, de Prevención de Blanqueo de Capitales y Financiación del Terrorismo y demás normativa vigente en esta materia, el asegurador se reserva el derecho de resolver unilateralmente el contrato que se suscriba como consecuencia de este Cuestionario Solicitud debidamente firmado por el Solicitante, si transcurrido el plazo de diez días desde la emisión del contrato y habiendo comunicado previamente al Tomador la falta o inexactitud de la documentación requerida explícitamente en este documento, conforme a lo exigido por dicha normativa, el Tomador no hubiera procedido a subsanar las citadas irregularidades.

Documentación conforme Ley 10/2010 de 28 de abril:

- Documentación acreditativa de la identidad del tomador (D.N.I., N.I.E., Escritura de constitución de la sociedad, etc.)
- Los firmantes de este documento, bajo su responsabilidad, declaran que los datos consignados en el presente boletín de suscripción son ciertos y están actualizados, quedando advertidos de que la falsedad en los mismos podría implicar la comisión de una infracción sancionable.
- En cumplimiento de los requisitos legales de información previa a la venta, he recibido con suficiente antelación la Nota Informativa del producto/s asociado/s al presente boletín de suscripción.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

Firma del Asegurado

Firma del Distribuidor