



Póliza / Convenio _____ **Federación Empresarial Metalúrgica Valenciana.**

Empresa _____ **CIF** _____ **Centro** _____

1. Datos del asegurado:

1er. APELLIDO _____

2º. APELLIDO _____

NOMBRE _____ N.I.F.: _____

FECHA NACIMIENTO: ___ / ___ / _____ Hombre Mujer

DOMICILIO: _____

CODIGO POSTAL: _____ POBLACION: _____ PROV.: _____

2. Prestaciones aseguradas: FALLECIMIENTO e INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE.

CAPITAL: Según convenio vigente.

3. Beneficiarios en caso de fallecimiento:

- Su cónyuge (no separado legalmente) e hijos del matrimonio a partes iguales.
- Su cónyuge (no separado legalmente), y en su defecto los hijos que hubiese del matrimonio a partes iguales.
- Sus padres por partes iguales.
- Sus herederos legales.
- Según el siguiente texto:

4. Cláusula de consentimiento y autorización:

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el interesado queda informado y **autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos con la finalidad de gestionar su solicitud.** La cumplimentación de todos los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente **voluntaria**, pero **necesaria** para la gestión de la misma. El Solicitante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan 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.

Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

El Solicitante podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes teléfonos 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente.

El Solicitante abajo firmante declara haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en la declaración de salud y reconoce 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.

En prueba de conformidad y autorización:

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma de la persona a asegurar