

ALLIANZ **fondovida**

(Producto Unit Linked en el que el Tomador asume el Riesgo de la Inversión)

allianz.es

Cuestionario Sucursal: \_\_\_\_\_ Mediador: \_\_\_\_\_ Colaborador: \_\_\_\_\_ N° Póliza: \_\_\_\_\_  
 El seguro empieza el día / /

## DATOS GENERALES

## DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

¿Cómo te llamas o Razón Social? \_\_\_\_\_

¿Dónde vives? \_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

 Quiero recibir la documentación preferentemente vía correo electrónico (adjuntar fotocopia en vigor del documento)¿Cuándo naciste? / / Género:  Hombre  Mujer ¿Cuál es tu NIF/NIE? \_\_\_\_\_ Fecha caducidad: / /

¿A qué te dedicas y cuál es el sector profesional? \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu situación laboral?  Trabajo por cuenta propia  Trabajo por ajena  Otros (detallar) \_\_\_\_\_¿Desarrollas o has desarrollado tú o alguno de tus familiares allegados, en los últimos dos años, un cargo político en España, en la Unión Europea o en otro país?  Sí  No

Especificar en caso afirmativo \_\_\_\_\_

Si el Tomador es persona jurídica, indicar los siguientes datos del titular/es de un porcentaje igual o superior al 25% del capital social de la misma:

Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_ NIF/CIF/NIE \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_ NIF/CIF/NIE \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_ NIF/CIF/NIE \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_

Nombre o Razón Social \_\_\_\_\_ NIF/CIF/NIE \_\_\_\_\_ Porcentaje \_\_\_\_\_

## DATOS DEL TOMADOR - INFORMACIÓN FISCAL

## En caso que el Tomador sea Persona Física:

El tomador declara y certifica que la información fiscal que a continuación se detalla es correcta y que en base a esto, entiende que Allianz realizará una clasificación de acuerdo a los requerimientos de la normativa FATCA-CRS (Real Decreto 1021-2015 del 13 de noviembre).

¿En qué país naciste? \_\_\_\_\_ ¿En qué país resides fiscalmente? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es tu nacionalidad? \_\_\_\_\_

¿Eres residente en algún otro país?  Sí  No Especificar en caso afirmativo \_\_\_\_\_

Número de identificación fiscal americano (US-TIN) \*Obligatorio únicamente si el cliente paga impuestos en EEUU. \_\_\_\_\_

Número de identificación fiscal Extranjero \*Si el país de residencia fiscal es diferente a España \_\_\_\_\_

País de residencia del tutor \_\_\_\_\_

## En caso que el Tomador sea Persona Jurídica:

¿Cuál es el país de constitución? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el país en el que pagas impuestos? \_\_\_\_\_

¿Tu empresa es una institución financiera?  Sí  No Bajo qué código o régimen?  FATCA  CRS  AMBOS  NINGUNO¿Tu compañía cotiza en un mercado regulado o está participada por una compañía que cotiza?  Sí  No¿Está tu compañía dirigida por una entidad financiera?  Sí  No¿Tienen la entidad socios o participes norteamericanos o residentes en un país CRS con una participación significativa igual o superior al 25%?  Sí  No

Número de identificación fiscal americano (US-TIN) \*Obligatorio únicamente si el cliente paga impuestos en EEUU. \_\_\_\_\_

Número de identificación fiscal Extranjero \*Si el país de residencia fiscal es diferente a España \_\_\_\_\_

\* En caso de ser Persona Física y vinculada fiscalmente a EEUU se debe indexar el formulario 380\_Self-certification FATCA Persona Física USDoc, en caso de cliente con indicios de estar afectado por FATCA, indexar formulario 381\_Self-certification FATCA Persona Física NO USDoc.

\* En caso de ser Persona Jurídica y vinculada fiscalmente a EEUU se debe indexar el formulario 382 - Documentación FATCA persona jurídica US\_W9, en caso de cliente con indicios de estar afectado por FATCA, indexar formulario 383 - Documentación FATCA Persona Jurídica Self-Certification.

**MIS BENEFICIARIOS SON:**

(Selecciona una de las siguientes opciones y cumplimenta datos, si es necesario)

- En caso de fallecimiento del Asegurado, de forma excluyente y por este orden:
  1. Tu cónyugue no separado por resolución judicial.
  2. Tus hijos por partes iguales.
  3. Tus padres por partes iguales.
  4. Tus herederos legales.
- Beneficiarios Nominados

Puedes definir Otros Beneficiarios

NIF	Nombre	%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

**PRIMA QUE VAS A INVERTIR**

Prima \_\_\_\_\_ euros

Para aportaciones superiores a 180.000 euros es necesario aportar documento que justifique la titularidad de la cuenta bancaria.

**SELECCIÓN DE FONDOS**

CÓDIGO	OPCIONES DE INVERSIÓN	% DISTRIBUCIÓN
ES0108203003	Allianz Conservador Dinámico	
LU1459823677	Allianz Advanced Fixed Income	
LU1462192250	Allianz Dynamic Multi Asset Strategy SRI 15	
ES0108373004	Allianz Cartera Moderada	
LU1459823750	Allianz US Short Duration High Income Bond	
LU1462192417	Allianz Dynamic Multi Asset Strategy SRI 50	
ES0108240005	Allianz Cartera Decidida	
DE000A2DU1Y2	Kapital Plus Multi Asset 30 CT	
LU0739342060	Allianz Income and Growth	
LU1462192680	Allianz Dynamic Multi Asset Strategy SRI 75	
ES0108232002	Allianz Cartera Dinámica	
LU1400637036	Allianz Best Styles Global Equity	
LU1228143191	Allianz Best Styles US Equity	
LU0158828326	Allianz Global Sustainability	
LU0414046390	Allianz European Equity Dividend	
LU0348753244	Allianz Japan Equity	
LU0920839429	Allianz Europe Equity Growth Select	
LU0256840793	Allianz Euroland Equity Growth	
LU2089280825	Allianz Best Styles Emerging Markets Equity	
LU2089281393	Allianz Best Styles Europe Equity	
ES0108192008	Allianz Bolsa Española	
LU1602091867	Allianz Global Artificial Intelligence	

La Distribución de Fondos no puede superar el 100%

**FORMA DE PAGO:**

- Única Anual  
  Semestral  
  Trimestral  
  Mensual  
 Crecimiento \_\_\_\_\_ %  
  Aritmético  
  Geométrico  
 (Crecimiento máximo 10%)

**Recibo**

- Bancario, domiciliado en cuenta del Tomador  
  Bancario, domiciliado en otras cuentas

Entidad \_\_\_\_\_

Código Cuenta IBAN **ES** \_\_\_\_\_  
Pais IBAN Entidad Oficina D.C. Número de Cuenta

- Físico   El pago físico sólo será posible en caso de Prima Única.  
 Medio de pago  
  Transferencia a favor de Allianz  
  Reinversión parcial Allianz

**¿De procedencia de los fondos:** ESPAÑA. En el caso que los fondos provengan de un país disstinto, especifique

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

¿Apellidos o Razón Social? \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer NIF/NIE \_\_\_\_\_

\* En caso de Persona Jurídica, no podrá ser el asegurado y tomador la misma persona



## DIRECTIVA DE DISTRIBUCIÓN DE SEGUROS

He recibido la Nota Informativa del producto Allianz Fondo Vida Plus de acuerdo al Estudio que se me ha presentado.

Con base a la información que con carácter previo a la contratación nos has proporcionado hemos determinado que este producto se ajusta a tus exigencias y necesidades al estar dirigido a personas que desean contratar un seguro Unit Linked (seguro de vida vinculado a Fondos de Inversión) en el que, asumiendo el riesgo de la inversión, busca mejorar la rentabilidad de su dinero en función de su perfil de riesgo, con flexibilidad de modificar su plan de aportaciones y pudiendo disponer de plena liquidez a partir del segundo mes de contratación

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
<b>Finalidad</b>	Estudio, propuesta de seguro y, en su caso, formalización del contrato.
<b>Legitimación</b>	Ejecución de un contrato.
<b>Destinatarios</b>	Cesión a terceros colaboradores de la compañía y ficheros comunes del sector asegurador. Transferencias internacionales intragrupo.
<b>Derechos</b>	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional.
<b>Procedencia</b>	El interesado a través del mediador de seguros.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <a href="https://www.allianz.es/privacidad-seguridad">https://www.allianz.es/privacidad-seguridad</a>

El contratante y el asegurado consienten expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios e indispensables para la contratación del seguro y, adicionalmente, consienten para:

- Fines publicitarios y de prospección comercial SI  NO
- Cesión a las demás entidades del GRUPO ALLIANZ en España (consultables en [www.allianz.es](http://www.allianz.es)), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y, que pueda de su interés SI  NO
- Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un "perfil comercial" en base a la información facilitada SI  NO

## INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CANDIDATO A TOMADOR DE SEGURO:

**Legislación Aplicable:** Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas, Real Decreto 439/2007 de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y demás 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](mailto:ddc@allianz.es), fax 932 288 553, web [www.allianz.es](http://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.dgsfp.meh.es](http://www.dgsfp.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.

**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. 96 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y los Arts. 122 y siguientes del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. Se compromete a trasladar esta información a las personas a asegurar, entregándoles copia de los documentos recibidos.

Este producto se encuentra sujeto a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA) suscrita entre EEUU y España, y al Real Decreto 1021/2015, por el que se establece la obligación de identificar la residencia fiscal de las personas que ostenten la titularidad o el control de determinadas cuentas financieras y de informar acerca de las mismas en el ámbito de la asistencia mutua (CRS). En su virtud, aquellos datos personales a partir de los cuales se pueda verificar si el tomador, asegurado y/o beneficiario de la póliza son o no una persona o entidad estadounidense o residente fiscal en el extranjero, serán facilitados a la Agencia Tributaria Española.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Tomador\*

La Persona a asegurar

El Mediador

**\*Datos de Firmante/s (Representante/s legal/es):**

NIF \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

