

Asegurar tu vida

Solicitud de estudio gratuito

→ Proceso de la Solicitud

1. Solicitud

Para asesorarte sobre la solución financiera que mejor se ajuste a tus necesidades es preciso que hagamos un Estudio basándonos en información sobre tu situación personal y económica. La solicitud de este Estudio no **te obliga a nada** y se trata de un **servicio gratuito**.

Ten en cuenta que los campos marcados con (*) son de carácter obligatorio.

Envíanos esta solicitud por **fax al 902 023 374** o por correo a: **Agencia Negociadora de Productos Bancarios, C/ Flandes 2; 28231 Las Rozas Madrid**

Asegurar tu vida

Solicitud de estudio gratuito

→ Datos del solicitante

Datos personales

Nombre (*)				Apellidos(*)			
Estado civil (*)	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado			Fecha de nacimiento (día/mes/año)(*)			
Nacionalidad	País de nacimiento		DNI, Pasaporte (*)				
Dirección (*)		Portal	Puerta	Código postal(*)			
Población (*)		Provincia: (*)					
Teléfono de contacto (*)	Otro teléfono	Email (*)					
Tiene usted vivienda en propiedad (*)							
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Para la Reunificación de préstamos es requisito contar con una vivienda en propiedad, por lo que sin ella su solicitud no sería aceptada, le recomendamos en dicho caso solicitar un Préstamo Personal					
Cómo nos ha conocido							
<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Onda Cero	<input type="checkbox"/> Europa FM	<input type="checkbox"/> Kiss FM	<input type="checkbox"/> Cadena Ser	<input type="checkbox"/> Cadena Dial	<input type="checkbox"/> Internet	
<input type="checkbox"/> Emailing	<input type="checkbox"/> Boca a boca	<input type="checkbox"/> Prensa	<input type="checkbox"/> Otros:				

→ Datos del segundo titular (si procede)

Datos personales

Nombre (*)				Apellidos(*)			
Estado civil (*)	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado			Fecha de nacimiento (día/mes/año)(*)			
Nacionalidad	País de nacimiento		DNI, Pasaporte (*)				
Dirección (*)		Portal	Puerta	Código postal(*)			
Población (*)		Provincia: (*)					
Teléfono de contacto (*)	Otro teléfono	Email (*)					

Nota: todos los campos marcados con () son obligatorios

Asegurar tu vida

Solicitud de estudio gratuito

→ Datos del seguro

Es un seguro vinculado a un crédito

Si No

Beneficiario la entidad bancaria:

Por el capital pendiente a amortizar del préstamo y los beneficiarios legales por el importe restante si lo hubiese

Declaración del estado de salud de la persona a asegurar (responda si o no)

1. Fuma Si No Cantidad
2. Tensión arterial Máxima
Mínima
3. Peso
4. Altura
5. Consume habitualmente bebidas alcohólicas Si No
6. ¿Baja laboral por más de 15 días? Si No ¿Por qué?
7. ¿Desarrolla al mismo tiempo otras actividades laborales? Si No
8. ¿Practica algún deporte? Si No Tipo y frecuencia
9. Tiene alguna deformación, anomalía congénita o adquirida? Si No
10. ¿Está sometido a algún tratamiento, medicación u observación de manera habitual? Si No
11. ¿Ha tenido algún accidente? Si No ¿Cuándo?
12. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Si No Motivo y fecha:
13. En los últimos años, ¿se ha sometido a pruebas de diagnóstico tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiograma, angiografías, scanner o Tac, Doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc.? Si No Cuales:
14. Enfermedades de la piel (quiste, eccema, etc.) Si No
15. Alteraciones del sistema nervioso Si No
16. Trastornos del aparato digestivo, hígado, vesícula biliar o ano rectales Si No
17. Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio Si No
18. Enfermedades respiratorias (Pulmón, pleura, bronquios.) Si No
19. Procesos infecciosos o parasitarios, SIDA Si No
20. Enfermedades genito-urinarias (renales, vías urinarias, ginecológicas, órganos genitales). Si No Si es mujer indicar el número de embarazos

21. Enfermedades de la nariz, oído y/o laringe Si No

22. Enfermedades oculares Si No

Detalle graduación si procede

23. ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentos y/o tendinosas? ¿reumáticas? ¿Ha realizado rehabilitación, tratamientos, terapia? Si No

24. Procesos endocrinos y metabólicos (trastornos glandulares, hipercolesterolemia, etc.). Si No

25. Padece diabetes Si Si

26. Afecciones de la espalda y/o columna vertebral (lumbalgias, hernias discales, cervicalgias, etc.). Si Si

27. Alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas Si Si

28. Alteraciones de la sangre y sistema linfático Si No

29. Alguna infección o enfermedad todavía no nombrada Si No

Nota: en caso de respuesta afirmativa "SI" indique: número de pregunta, fecha en la que lo padeció, enfermedad y estado actual

Observaciones:

Nota: todos los campos marcados con () son obligatorios

Asegurar tu vida

Solicitud de estudio gratuito

→ Cláusula de Protección de Datos

Los datos personales facilitados por el cliente, necesarios para la prestación del servicio contratado, serán incorporados a un fichero automatizado cuya titularidad corresponde a Agencia Negociadora PB, SL.

El Cliente autoriza expresamente a Agencia Negociadora PB, SL para que sus datos sean cedidos a las sociedades, entidades públicas o privadas (incluidas otras sociedades de igual o análogo objeto que Agencia Negociadora PB, SL.) e instituciones en la medida en que dicha cesión sea necesaria para la ejecución del encargo realizado y con el único propósito de dar cumplimiento a las obligaciones jurídicas asumidas por Agencia Negociadora PB, SL. En el presente documento contractual.

La recogida y tratamiento de los Datos Personales por parte de Agencia Negociadora PB, SL, se lleva a cabo con una finalidad comercial, operativa y estadística, autorizándose expresamente por el/los firmantes la realización de consultas, tanto ante organismos públicos como privados, sobre su solvencia patrimonial, situación laboral, crediticia, jurídica y fiscal que permita realizar una valoración de riesgos, de cara a la concesión de un préstamo-crédito hipotecario y/o personal.

El Cliente consiente que sus datos relativos a domicilio, teléfono y correo electrónico puedan ser cedidos a las empresas y/o entidades anteriormente mencionadas con fines publicitarios; dicho consentimiento es revocable en cualquier momento. Agencia Negociadora PB, SL. Garantiza al cliente que ha adoptado las medidas de seguridad en sus instalaciones, sistemas y ficheros que la legislación vigente exige en relación con su conservación y custodia, y que dichos datos serán utilizados conforme a las obligaciones de confidencialidad previstas en la Norma.

El cliente tiene derecho de acceso, modificación, cancelación y oposición de sus datos personales, que podrá ejercitar en los términos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos. Dichos derechos podrán ejercitarse realizando la oportuna solicitud por correo certificado junto a una copia del DNI dirigida a Agencia Negociadora PB SL. C/ Flandes, 2. 28231 Las Rozas, Madrid. En dicha solicitud deberá especificar en concreto qué derecho o derechos desea ejercitar.

Recuerda, una vez que hayamos recibido esta solicitud, ya sea por fax en el 902 023 374 o por correo postal en las oficinas centrales de Agencia Negociadora en C/ Flandes, 2. 28231 Las Rozas de Madrid, tu experto en gestión de hipotecas se pondrá en contacto contigo para informarte de la viabilidad de la operación y/o solicitarte el resto de datos necesarios para la realización del estudio.

Muchas gracias por confiar en Agencia Negociadora.

Fecha

Firma

X