

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 está 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 (*)

Casado Viudo Soltero Divorciado

Fecha de nacimiento (día/mes/año)(*)

Nacionalidad

País de nacimiento

DNI, Pasaporte (*)

Dirección (*)

Portal

Puerta

Código postal(*)

Teléfono de contacto (*)

Otro teléfono

Email (*)

Cómo nos ha conocido

TV Onda Cero Europa FM Kiss FM Cadena Ser Cadena Dial
 Internet Emailing Boca a boca Prensa Otros:

→ Datos del segundo titular (Si procede)

Datos personales

Nombre (*)

Apellidos(*)

Estado civil (*)

Casado Viudo Soltero Divorciado

Fecha de nacimiento (día/mes/año)(*)

Nacionalidad

País de nacimiento

DNI, Pasaporte (*)

Dirección (*)

Portal

Puerta

Código postal(*)

Teléfono de contacto (*)

Otro teléfono

Email (*)

Cómo nos ha conocido

TV Onda cero Europa FM Kiss FM Cadena Ser Cadena Dial
 Internet Emailing Boca a boca Prensa Otros:

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

Sí 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)

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

Asegurar tu vida

Solicitud de estudio gratuito

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 23. ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentos y/o tendinosas? ¿reumáticas? ¿Ha realizado rehabilitación, tratamientos, terapia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Procesos endocrinos y metabólicos (trastornos glandulares, hipercolesterolemia, etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Padece diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Afecciones de la espalda y/o columna vertebral (lumbalgias, hernias discales, cervicalgías, etc.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Alteraciones de la sangre y sistema linfático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Alguna infección o enfermedad todavía no nombrada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

Sus datos serán incluidos en un fichero responsabilidad de AGENCIA NEGOCIADORA con domicilio en: C/ Flandes, 2, 28231, Las Rozas, Madrid con la finalidad de gestionar la relación comercial, así como enviarle información sobre nuestros productos, servicios y promociones, así como sobre productos, servicios y promociones de otras empresas del Grupo Reacciona, al que pertenece AGENCIA NEGOCIADORA de los sectores de Intermediación financiera, servicios jurídicos, venta de productos de alimentación a domicilio y servicios generales a empresas.

Asimismo, sus datos podrán ser compartidos con dichas empresas con la finalidad de remitirle información sobre sus respectivos productos, servicios y promociones. En todo momento puede conocer las empresas que forman el Grupo Reacciona, así como sus domicilios, y sus productos o servicios, a través del sitio web www.gruporeacciona.com. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de comunicación escrita a la dirección indicada aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente y concretando su solicitud.

Si no desea recibir información sobre los productos, servicios o promociones de las empresas del Grupo Reacciona, marque la casilla

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