

SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL



Producto: AXA Incapacidad Temporal

PARA CUALQUIER CONSULTA O ACLARACIÓN TELÉFONO 600.294.200

Datos personales del tomador

Nif: Nombre: 1er Apellido:

2º Apellido: Domicilio:

Número: Piso y puerta: Código Postal:

Población: Provincia: Teléfono:

Correo electrónico:

Fecha Nacimiento: de de

TIPO DE SEGURO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Opción 1

☐ Prima anual 45.50€

Opción 2

☐ Prima anual 68,91€

Esta póliza entra en efecto el día 1 del mes siguiente a la que el asegurado solicita el alta en póliza

Datos bancarios. RELLENAR UNA DE LAS DOS OPCIONES

Entidad: Oficina: DC: Número cuenta:

IBAN:

Conforme a la L.O. 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos facilitados son de carácter obligatorio y serán incluidos y tratados en un fichero titularidad de AXA AURORA IBÉRICA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS para la tramitación de solicitudes y gestión, cumplimiento y desarrollo del contrato, pago de prestaciones, prevención y detección del fraude, estudios estadísticos, fidelización, realización de encuestas y diagnósticos personales, así como el envío de información comercial, publicitaria y promocional por cualquier medio, referida a seguros, productos financieros, de automoción, ocio y gran consumo, propios o de terceros. La negativa a facilitar la información requerida facultará a la Compañía a no formalizar el contrato. A los efectos y fines indicados, el abajo firmante autoriza y otorga su consentimiento expreso para la inclusión y tratamiento de sus datos en el mencionado fichero así como su cesión, con las finalidades expresadas a AXA AURORA VIDA, S.A. y AXA IBERCAPITAL, S.A., Entidades pertenecientes al Grupo AXA. El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito remitido a AXA SEGUROS E INVERSIONES (Dpto. Marketing-Conocimiento del Cliente).