



*Grupo* **Profisegur**

## **PLAN PREVISIÓN ASEGURADO**

### **Tu plan más seguro**

Prepara tu jubilación de la forma más segura, con protección ante posibles imprevistos y grandes ventajas fiscales.

Desde Aviva Vida y Pensiones te recomendamos el Plan de Previsión Asegurado Aviva. Un seguro de vida diseñado para garantizar la constitución de un capital para la jubilación.

### **El más indicado para ti. ..**

- Si tu jubilación esta próxima.
- Si te gustaría realizar aportaciones de manera sistemática hasta el momento de la jubilación.
- Si prefieres contar con una fórmula de ahorro segura y sin riesgos.
- Si te quieres beneficiar de las mismas ventajas fiscales de un plan de pensiones.

### **La tranquilidad de hacer todo tipo de planes**

Porque además de preocuparnos por tu jubilación, te ofrecemos las coberturas más adecuadas a tus necesidades:

- Fallecimiento.
- Incapacidad Permanente.
- Desempleo.
- Enfermedad grave.



# Grupo Profisegur

Un plan para estar al día

El Plan de Previsión Asegurado Aviva te ofrece las siguientes opciones de inversión GARANTIZADA:

**A DOS AÑOS años 3,50 %**

**A CINCO AÑOS años 4,26 %**

**A DIEZ AÑOS años 5,00 %**

## **AHORRO FISCAL**

Base imponible IRPF por rendimientos netos	Reducción de base imponible por aportaciones realizadas	Ahorro de impuesto	% de ahorro sobre aportaciones
18.000	8.000	1.920	24%
30.000	8.000	2.240	28%
42.000	8.000	2.960	37
54.000	8.000	3.144	39,3%
78.000	8.000	3.600	45%

## **¿Quién es Aviva?**

Aviva es el sexto grupo asegurador del 5mundo, líder mercado Europeo en productos de *Vida*, Pensiones y Ahorro a largo plazo.

Así es Aviva

- Un gran Equipo: Eficaz y cualificado gracias a sus 35.000 empleados.
- Global: Presente en 1M' de 25 países.
- De confianza: Más de 2 millones de asegurados en España y más de 44 millones de clientes en todo el mundo confían en Aviva, en su asesoramiento cercano y personalizado.
- Sólida: Con más de 300 años de experiencia.



**AVIVA VIDA Y PENSIONES**  
**CAMINO FUENTE DE LA MORA, 9**  
**28050 MADRID**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

Madrid, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_

Muy señores míos:

Les ruego que con la mayor brevedad posible procedan a transferir mis Derechos Consolidados o Reserva matemática derivados de mi participación en \_\_\_\_\_ (Planes de pensiones / Planes de Previsión Asegurado), nº de póliza/plan \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Plan de Pensiones individual / Plan de Previsión Asegurado), cuya Gestora / Entidad Aseguradora es AVIVA VIDA Y PENSIONES, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Traspaso:            Total            Parcial \_\_\_\_\_€ (\*)

(\*)En caso de movilización parcial, ésta será realizada, salvo indicación en contra por su parte, con cargo a los derechos consolidados generados por aportaciones que se hubiesen realizado con anterioridad a 01/01/2007.

**DATOS DEL PLAN DE PENSIONES INDIVIDUAL / PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO DE ORIGEN:**

Nombre del partícipe / Asegurado: \_\_\_\_\_  
Plan de Pensiones / Plan de Previsión Asegurado a traspasar: \_\_\_\_\_  
Entidad Gestora / Entidad Aseguradora: \_\_\_\_\_  
Nº de Póliza / Nº Plan de Pensiones \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PLAN DE PENSIONES INDIVIDUAL / PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO DE DESTINO:**

Nombre del partícipe / Asegurado: \_\_\_\_\_  
Plan de pensiones / Plan de Previsión Asegurado adscrito: \_\_\_\_\_  
Entidad Gestora / Entidad Aseguradora: AVIVA VIDA Y PENSIONES, S.A

Autorizo que la movilización así como la información financiero fiscal necesaria para su realización sea solicitada, en mi nombre, por la Entidad destinataria más arriba indicada.

**Protección de Datos.** El Partícipe/Asegurado queda informado de que los datos aquí recogidos así como los facilitados por la Entidad Gestora o Aseguradora de origen, son necesarios para la formalización del traspaso y el mantenimiento de la relación establecida entre las partes. La información de dichos datos y declaraciones son obligatorias, denegándose la formalización del contrato en caso contrario.

Asimismo, el Partícipe/Asegurado queda enterado y presta expresamente su consentimiento a la incorporación de sus datos a un fichero de datos de carácter personal, cuyo responsable es Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio en Madrid, Camino Fuente de la Mora, 9.

El Partícipe/Asegurado queda informado de que sus datos serán cedidos a la Entidad Depositaria para el inicio y desarrollo de la relación contractual. Igualmente, queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la elaboración de estudios técnicos, estadístico-actuariales y para la prevención del fraude.

El Partícipe/Asegurado consiente que sus datos puedan ser utilizados para el envío de información comercial y publicidad de otros productos y servicios de la Entidad Gestora.

Si usted no desea recibir información comercial o publicidad de la Gestora, por favor, marque la casilla.

El Partícipe/Asegurado consiente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades del sector financiero y/o asegurador para el envío de información comercial y publicidad de los productos y servicios que éstos comercialicen.

Si usted no desea que sus datos sean cedidos para las finalidades indicadas en el párrafo anterior, por favor, marque la casilla.

El Partícipe/Asegurado puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición frente al responsable del fichero, mediante escrito dirigido a Aviva Vida y Pensiones, Camino Fuente de la Mora, 9, a la dirección de correo electrónico [cidiclientes@aviva.es](mailto:cidiclientes@aviva.es) o personalmente en las oficinas de atención al público que actualmente la Gestora tiene a su disposición.

Sin otro particular les saluda atentamente;

Firmado: \_\_\_\_\_

# Plan de Previsión Asegurado Aviva III

## Solicitud de Seguro

Red de Corredores y Agentes



Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal)

Nº CLIENTE	PRODUCTO	NÚMERO PÓLIZA	OFICINA	GEST.

### DATOS DEL SOLICITANTE (TOMADOR Y ASEGURADO)

NOMBRE Y APELLIDOS .....

E-MAIL ..... N.I.F. .... FECHA DE NACIMIENTO ..... MÓVIL .....

DOMICILIO ..... Nº PISO ..... LETRA ..... TELEF. ....

POBLACIÓN ..... C.P. .... PROVINCIA .....

PROFESIÓN ..... SEXO ..... E. CIVIL .....

¿ESTÁ USTED JUBILADO? SI  NO

### PRIMAS PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO AVIVA III

PRIMA PERIÓDICA		REVALORIZACIÓN ..... % (Entre 0 - 5%) ANUAL ACUMULATIVO											
IMPORTE (EUROS)	PERIODICIDAD	FECHA DE EFECTO DEL PLAN: 0 1 .....											
	<input type="checkbox"/> ANUAL	<table border="1"> <tr> <th>DOMICIL. BANCARIA PERIÓDICA</th> <th>BANCO</th> <th>OFICINA</th> <th>D.C.</th> <th>N.º DE CUENTA</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		DOMICIL. BANCARIA PERIÓDICA	BANCO	OFICINA	D.C.	N.º DE CUENTA					
DOMICIL. BANCARIA PERIÓDICA	BANCO			OFICINA	D.C.	N.º DE CUENTA							
	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL												
	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL												
	<input type="checkbox"/> MENSUAL												

**OPCIONES DE INVERSIÓN POR DEFECTO:**

2 AÑOS     5 AÑOS     10 AÑOS     15 AÑOS     CUENTA AVIVA

Las primas periódicas que realice el Tomador se incluirán necesariamente en la Cuenta Aviva hasta que alcance los 1.500 €, que serán traspasados a la opción de inversión por defecto.

TRASPASO INICIAL SI  Importe Aprox. .... €      APORTACIÓN EXTRAORDINARIA ..... €

**OPCIONES DE INVERSIÓN (TRASPASO INICIAL/AP. EXTRAORDINARIA):**

2 AÑOS     5 AÑOS     10 AÑOS     15 AÑOS     CUENTA AVIVA    FECHA DE EFECTO: 0 1 .....

### BENEFICIARIOS PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO

El cónyuge o en su defecto los hijos y a falta de todos éstos los padres, o en su defecto los herederos legales.

Según designación especial (los beneficiarios deberán ser en todo caso personas físicas) .....

En su caso, el contrato de seguro se emitirá en base a la presente solicitud, el cual estará sujeto a la legislación española, y en particular a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. 17-10-80). En caso de desavenencia sobre la interpretación del Contrato, puede Ud. efectuar la oportuna reclamación: 1. Al Departamento de Atención al Cliente de Aviva Vida y Pensiones. 2. Al Defensor del Asegurado. Apartado de Correos 97.974, 28080 Madrid. Fax: 902.99.99.78, e-mail: servicioquejasreclamaciones@aviva.es (Desde la WEB de la entidad: www.avivavp.es). 3. A la Dirección General de Seguros (Sección Consultas y Reclamaciones, Paseo de la Castellana nº 44 de Madrid), sin perjuicio de recurrir a los Tribunales de Justicia.

**Protección de Datos.** El Tomador/Asegurado queda informado de que los datos aquí recogidos son necesarios para la formalización del presente contrato y el mantenimiento de la relación establecida entre las partes. La información de dichos datos y declaraciones son obligatorias, denegándose la formalización del seguro en caso contrario.

Asimismo, el Tomador/Asegurado queda enterado y presta expresamente su consentimiento a la incorporación de sus datos, incluidos los datos de salud, a un fichero de datos de carácter personal, cuyo responsable es Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio en Madrid, Camino Fuente de la Mora, 9.

El Tomador/Asegurado queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la elaboración de estudios técnicos, estadístico-actuariales y para la prevención del fraude.

El Tomador/Asegurado consiente que sus datos puedan ser utilizados para el envío de información comercial y publicidad de otros productos y servicios de la Aseguradora.

Si usted no desea recibir información comercial o publicidad de la Aseguradora, por favor marque la casilla.

El Tomador/Asegurado consiente que sus datos puedan ser cedidos a otras entidades del sector financiero y/o asegurador para el envío de información comercial y publicidad de los productos y servicios que éstos comercialicen.

Si usted no desea que sus datos sean cedidos para las finalidades indicadas en el párrafo anterior, por favor, marque la casilla.

El Tomador/Asegurado puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición frente al responsable del fichero, mediante escrito dirigido a Aviva Vida y Pensiones, Camino Fuente de la Mora, 9, a la dirección de correo electrónico cidclientes@aviva.es o personalmente en las oficinas de atención al público que actualmente la Aseguradora tiene a su disposición.

Firma del Solicitante

En ..... a ..... de ..... de .....

### DOMICILIACIÓN DE RECIBOS PERIÓDICOS

BANCO/CAJA ..... Suc. ....

DOMICILIO .....

POBLACIÓN ..... C.P. .... PROVINCIA .....

TITULAR .....

DOMICIL. BANCARIA	BANCO	OFICINA	D.C.	N.º DE CUENTA

Les ruego que, hasta nuevo aviso, abonen con cargo a mi cuenta abierta en esa Entidad los recibos del Plan de Previsión Asegurado Aviva emitidos por Aviva Vida y Pensiones.

FIRMA DEL TITULAR