



Liberty Seguros

TOP LINK
GLOBAL LINK
RENTALINK

Solicitud de
Universo
Financiero Liberty

Solicito a Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. la emisión del Universo Financiero en base a las declaraciones contenidas en la solicitud.

Mediador: **MAINLY HEALTH PLANS**

Código: **A193310031**

Solicitante-Tomador

D.N.I./C.I.E.: _____ Nombre: _____
Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Asegurado

D.N.I./C.I.E.: _____ Nombre: _____
Apellido 1º: _____ Apellido 2º: _____
Domicilio: _____
Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
Profesión: _____ Fecha de nacimiento: _____
Lugar de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Beneficiarios para el fallecimiento (Designación)

Designación expresa: _____
 a) El cónyuge, b) en su defecto los hijos, c) en defecto de los anteriores los padres, d) por carencia de todos ellos los derechohabientes que tenga el Asegurado.

Modalidad solicitada: _____ Moneda: _____ Duración: **VITALICIA** Duración Pago Rentas: _____ Efecto del Seguro: _____

Aportaciones:	Importe	% Incremento anual	Forma de pago	Importe del período
Periódica	_____	_____	_____	_____
Única	_____	_____	_____	_____
Extraordinaria	_____	a nº de póliza: _____	_____	_____

Rentalink

Renta Anual Bruta: _____ Pago de Renta: _____
Crecimiento: _____
Cuenta para ingreso de la Renta: _____
Entidad: _____ Oficina: _____ D.C.: _____ Nº de Cuenta: _____

CESTA SOLICITADA: _____

Información sobre Cestas de Fondos

CESTAS	MERCADO MONETARIO Y RENTA FIJA
Garantizada	100%
Tesorería	100%
Conservadora	Máximo 25%
Equilibrada	Máximo 50%
Dinámica	Máximo 75%
Bolsa Internacional	100%
	RENTA VARIABLE

El Asegurado declara encontrarse en perfecto estado de salud, no padecer ninguna incapacidad o defecto físico y tener plena capacidad de trabajo. El Solicitante Tomador responde de la veracidad de las respuestas reseñadas anteriormente, que servirán de base, en su caso, para la fijación de la prima y aceptación de las garantías solicitadas. Asimismo declara que no omiten circunstancias que puedan influir en la apreciación del riesgo. Liberty se reserva el derecho de aceptar o no el riesgo cuya cobertura se solicita.

Extendida la solicitud cuestionario en _____ a _____ de _____ de _____

EL MEDIADOR

EL SOLICITANTE - TOMADOR

El Solicitante Tomador declara haber sido informado sobre la legislación aplicable, las circunstancias de reclamación y la Compañía que se recogen por escrito en la presente solicitud. Así mismo otorga el consentimiento expreso para que sus datos puedan ser utilizados por Liberty para finalidades propias de la actividad aseguradora, o cedidos a cualquier otra entidad de su grupo, actual o futura, para confección de estadísticas, remisión de propaganda y cualesquiera otra de carácter asegurador. El acceso, rectificación o cancelación en su caso de los datos personales que obran en el fichero de Liberty es uno de los derechos que le garantiza la Ley Orgánica 15/99 sobre Tratamiento de datos.

El Mediador manifiesta con su firma en la presente solicitud que la fotocopia del DNI/NIE acreditativa de la identidad del tomador de la póliza, coincide con el original.

<http://mainlyhealthplans.tel>

Identifique la inversión que mejor se ajusta a su perfil

A. ¿Cuál es el horizonte temporal de su inversión?

	Puntos
<input type="checkbox"/> Menos de 3 años.	0
<input type="checkbox"/> De tres a cuatro años.	2
<input type="checkbox"/> De cinco a ocho años.	4
<input type="checkbox"/> Más de ocho años.	6
<input type="checkbox"/> Es para mi jubilación y no cuento con ello para ninguna necesidad en medio plazo.	8

B. ¿Cómo actuaría si durante un año se produjera una pérdida de rentabilidad?

	Puntos
<input type="checkbox"/> Cancelaría mi inversión.	1
<input type="checkbox"/> Cambiaría el destino de mi inversión eligiendo una posición más conservadora.	2
<input type="checkbox"/> Mantendría la inversión elegida si la pérdida no superase el 10%.	3
<input type="checkbox"/> Mantendría la inversión elegida aunque las pérdidas superasen el 10%, porque espero que durante el plazo previsto para mi inversión, se recuperará la pérdida.	4

C. ¿Cómo definiría su nivel de tolerancia respecto al riesgo de su inversión?

	Puntos
<input type="checkbox"/> No estoy dispuesto a asumir ningún riesgo en la rentabilidad, aún a costa de obtener un rendimiento muy bajo.	1
<input type="checkbox"/> Aspiro a tener una rentabilidad superior a los depósitos bancarios aunque dicha rentabilidad no la conozca previamente.	2
<input type="checkbox"/> Pretendo obtener una alta rentabilidad, aunque desconozca de antemano su cuantía exacta o si se producirán resultados negativos temporales.	3
<input type="checkbox"/> Mi intención es obtener la máxima rentabilidad a largo plazo, aún sabiendo que habrá años con rentabilidades negativas.	4

D. ¿Cuál es su experiencia como inversor?

	Puntos
<input type="checkbox"/> Nunca he invertido en acciones ni en fondos de inversión.	1
<input type="checkbox"/> He invertido en fondos de inversión de renta fija.	2
<input type="checkbox"/> He invertido en acciones y/o fondos de inversión con componentes de renta variable.	3
<input type="checkbox"/> Suelo mantener mis inversiones en acciones o fondos de renta variable a largo plazo procurando compensar las pérdidas temporales y obtener una rentabilidad global positiva.	4

Total Puntuación

Puntuación	Cesta Recomendada	Tipo de Inversión
Menos de 9	Conservadora	Mayoría de renta fija y tesorería con pequeña proporción de renta variable
De 9 a 13	Equilibrada	Equilibrio entre renta fija y renta variable con pequeña proporción de tesorería
De 13 a 16	Dinámica	Mayoría de renta variable
Más de 16	Bolsa Internacional	Inversión en mercados internacionales

• En caso de haber obtenido sólo 1 punto en alguna de las preguntas «B» o «C», recomendamos la contratación de nuestro producto Global Link eligiendo la modalidad de opción garantizada.

Orden de Domiciliación

CÓDIGO CUENTA CLIENTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entidad	Oficina	D.C.	Nº de Cuenta

Titular
 _____ NIE, NIE o CIF _____

Domicilio

Banco/Caja

Población

Sucursal

C. Postal

Domicilio

*Muy Señores nuestros:
 Con cargo a mi cuenta y
 hasta nuevo aviso, atiendan
 la presente orden
 de domiciliación.*

Firma del titular de la cuenta

C.P. y Población

Fecha

<http://mainlyhealthplans.tel>

