

SOLICITUD DE SEGURO SURNE PLAN PROTECCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL RENTAS



Fecha de efecto

N SSD R-02/22

DATOS ASEGURADO

Nombre Apellido 1 Apellido 2
DNI Fecha de nacimiento Autónomo Por cuenta ajena
Profesión Grupo de riesgo (a cumplimentar por SURNE)
Domicilio Población Provincia C.P.
Teléfono Fijo Teléfono Móvil E-mail
Dirección lugar de trabajo Población Provincia C.P. Teléfono

SELECCIONE LA OPCIÓN DESEADA

- 1.000 €/mes Gran dependencia
500 €/mes Dependencia severa Cuota/año
- 2.000 €/mes Gran dependencia
1.000 €/mes Dependencia severa Cuota/año
- 3.000 €/mes Gran dependencia
1.500 €/mes Dependencia severa Cuota/año
- Fallecimiento por Enfermedad/Accidentes Capital 600€

REQUISITOS

Revisión médica en función de la edad y cobertura a contratar
Declaración de salud en función de la edad y cobertura contratada
Fotocopia del DNI y/o CIF
Cuestionario Financiero en función de los capitales a contratar

FORMA DE PAGO

- ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL
- Recibo mínimo mensual: 30€ Prima mínima anual: 100€

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA (IBAN)

SE ADJUNTA ORDEN SEPA

En, a fecha

FIRMA
(Asegurado)

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE: Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE") **FINALIDAD:** Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro / Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE / Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar. **LEGITIMACIÓN (BASE JURÍDICA):** Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro / Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción / Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones. **DESTINATARIOS:** Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. / Corredores de seguros / Profesionales médicos / Organismos públicos / Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda. **TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES:** Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos. **CATEGORIAS DE DATOS Y PROCEDENCIA:** Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro / Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados). **DERECHOS:** Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en <https://www.surne.es/webpublica/es/proteccion-de-datos>.

CUESTIONARIO DE SALUD SIMPLIFICADO SEGURO PLAN PROTECCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL

DATOS ASEGURADO

Nombre Apellido 1 Apellido 2

Fecha y lugar de nacimiento / /

Situación familiar: Soltero Casado o pareja de hecho Divorciado o Separado Viudo

Situación profesional: En activo Jubilado o prejubilado (fecha de jubilación) / / Otra situación

Cada pregunta debe ser contestada obligatoriamente con un SÍ o NO.

Para las respuestas afirmativas se ruega aporten el cuestionario médico cumplimentado por su médico de cabecera.

Indique: Estatura cm. Peso kg. Tensión arterial: /

¿Fuma Vd.? Sí No Cantidad diaria de: cigarrillos puros pipas

¿Consume Vd. bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuáles? Cantidad diaria

1 ¿Ha padecido Vd. alguna enfermedad que precisara hospitalización, tratamiento o cuidado médico superior a un mes durante los últimos 5 años: Sí No

2 ¿Ha padecido Vd. o padece alguna de estas afecciones citadas a continuación: Sí No

- **Cardiovascular:** accidente vascular cerebral, insuficiencia coronaria, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad valvular cardiaca, enfermedad de las arterias coronarias, miocardiopatía hipertrófica obstructiva, enfermedad vascular periférica, hipercolesterolemia Sí No
- **Neurológica:** enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple y en placas, psicosis, retraso mental, pérdida de memoria, pérdidas de equilibrio, parálisis, miopatía, miastenia, demencia vascular, arterioesclerosis cerebral Sí No
- **Enfermedades crónicas:** diabetes, enfermedad del hígado y cirrosis, insuficiencia respiratoria o renal, poliartritis reumatoide, esclerodermia, lupus eritematoso disseminado, periarteritis nudosa, espondilitis anquilosante, fibromialgia reumática Sí No
- **Tumor maligno o cáncer** Sí No
- **Psiquiátricas:** Trastorno depresivo mayor (bipolar), esquizofrenia Sí No
- **Ojos:** Ceguera, degeneración macular Sí No

3 ¿Es Vd. titular de una pensión de invalidez superior o igual al 10%, o tiene Vd. actualmente en curso una solicitud de pensión de invalidez? Sí No

4 ¿Ha estado Vd. hospitalizado 5 días consecutivos o más en los últimos 5 años debido a otro motivo que no haya sido una extirpación de la vesícula biliar, intervención de hernia inguinal, apendicectomía, hemorroidectomía o varicectomía? Sí No

5 ¿En los últimos 5 años ha seguido Vd. algún tratamiento médico de más de 3 semanas de duración (medicamentos, kinesiterapia, psicoterapia, otros) debido a otra afección que no haya sido una hipercolesterolemia, una enfermedad de tiroides o la menopausia? Sí No

6 ¿Va a seguir Vd. algún tratamiento médico, le van a realizar próximamente alguna prueba médica, intervención quirúrgica o va Vd. a ser hospitalizado? Sí No

Este cuestionario ha sido cumplimentado por el solicitante del seguro y todas las preguntas han tenido que ser contestadas. Las consecuencias que podrían resultar de una omisión o de una falsa declaración son las que prevé la Ley de Seguros (Art. 10).

En, a fecha

FIRMA
(Asegurado)

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE: Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE") **FINALIDAD:** Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro / Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE / Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar. **LEGITIMACIÓN (BASE JURÍDICA):** Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro / Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción / Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones. **DESTINATARIOS:** Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. / Corredores de seguros / Profesionales médicos / Organismos públicos / Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda. **TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES:** Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos. **CATEGORÍAS DE DATOS Y PROCEDENCIA:** Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro / Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados). **DERECHOS:** Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en <https://www.svrne.es/webpublica/es/proteccion-de-datos>.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por el acreedor
To be completed by the creditor

Nombre del acreedor / *Creditor's name* : ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS

Identificador del acreedor / *Creditor's identifier* : B41573197

Dirección / *Address* : CALLE PROGRESO 7

Código Postal – Población – Provincia / *Postal Code – City – Town* : 41013 SEVILLA

País / *Country* : ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en su cuenta, Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instruction from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting, from the date of with your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el deudor
To be completed by the debtor

Nombre del deudor / *Debtor's name* :

Dirección del deudor / *Address of the debtor* :

NIF / NIF

Código Postal – Población / *Postal Code – Town*

Provincia - País del deudor / *City - Country of the debtor* :

Número de cuenta – IBAN / *Account number – IBAN*

E	S	
---	---	--

Tipo de pago: Pago recurrente / *Recurrent payment* Pago único / *One-off payment*

Fecha – Localidad / *Date – location in wich you are signing* :

Firma del deudor / *Signature of the debtor*

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA, ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA. / ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED, MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STOGARE.

INFORMACIÓN AL CLIENTE PREVIA AL CONTRATO

Información que presenta **AndalBrok Correduría de Seguros, S.L.** con carácter previo a la celebración de contrato de seguro en conformidad con el artículo 173 de RDL 3/2020

- **AndalBrok, Correduría de Seguros, SL**, está domiciliada en la calle Progreso 7, 41013 de Sevilla.
- Las sociedad de correduría se encuentra inscrita con el nº J-1537 en el **Registro Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Seguros y Altos cargos de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones**. A efectos de que el cliente pueda realizar las comprobaciones oportunas puede dirigirse a dicho organismo público, domiciliado en el Paseo de La Castellana nº 44, 28046 Madrid. Fax 91-339-70-53 teléfono 91-339-00-00 o en la página www.dgsfp.mineco.es.
- La sociedad de correduría de seguros no posee una participación directa o indirecta superior al 10 por 100 en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora.
- Ninguna entidad aseguradora ni empresa matriz de estas posee participaciones directas o indirectas en los derechos de voto o capital de esta correduría de seguros.
- La remuneración de la correduría por la actividad de mediación del contrato de seguro consistirá en la percepción de una comisión, que estará incluida en la prima de seguro y que será abonada a la correduría por la compañía aseguradora.
- La información es ofrecida al cliente en base al análisis de un número suficiente de contratos de seguros, para poder formularle una recomendación profesional respecto del contrato más adecuado a sus necesidades.
- Los clientes y otras partes interesadas de la correduría de seguros podrán formular sus quejas o reclamaciones derivadas de los servicios prestados, tanto en lo referente al asesoramiento en la intermediación de pólizas de seguro como en las obligaciones y derechos derivados de los contratos de seguros en los que haya intervenido la correduría de seguros y hayan sido finalmente celebrados a su instancia, en conformidad con el artículo 44 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y reglamento del departamento de atención al cliente de esta correduría de seguros. El Servicio de Atención al Cliente está disponible en: Francisco Javier Santamaría Garrido. Consejo Andaluz de Colegios de Mediadores de Seguros. Av. Blas Infante, 6, 10º C. 41011. Sevilla. Tlf: 954 452 342. Fax 954 003 284.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento del deber legal de información establecido en el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, se les facilita la siguiente información relativa a los datos personales facilitados

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS

Identidad: ANDALBROK CORREDURIA. DE SEGUROS
CIF B41573197
Dirección Postal: C/ Progreso, 7, 41013 de Sevilla
Teléfono: 954233254
Correo electrónico: comunicacion@andalbrok.es
Delegado de Protección de Datos: info@protectionreport.com

FINALIDAD PRINCIPAL

El firmante es informado que con la firma del presente documento otorga expresamente su consentimiento para la finalidad principal de "Mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento, así como para prestarme asesoramiento general en materia de seguros"

Gestionar la contratación de pólizas de seguro y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan.

Tratar los datos de salud, siempre que sea necesario para los productos o servicios que así lo requieran, o gestión de siniestros.

LEGITIMACIÓN

Ley 26/2006, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, o cualquier norma que la sustituya en un futuro autoriza al Corredor para tratar los datos de las personas que a ellos se dirijan, sin necesidad de su consentimiento:

- Antes de celebrar el contrato: para ofrecerles asesoramiento independiente, profesional e imparcial, y facilitar dichos datos a la entidad aseguradora o reaseguradora con la que fuese a celebrarse el correspondiente contrato.
- Después de celebrado el contrato: para facilitar al tomador, al asegurado y al beneficiario del seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento.

Cliente:
NIF/CIF:

Firma:

FINALIDADES ADICIONALES (debe marcar necesariamente si o no)

Autorizo el tratamiento de mis datos para recibir información y publicidad por cualquier medio (mail, sms, fax, carta, etc.) sobre productos o servicios relacionados con la actividad aseguradora que se considere sea de mi interés. Esta autorización se entiende concedida, aunque no llegue a formalizarse una póliza de seguros.

SI

NO

Recuerde que si no autoriza esta finalidad no podremos enviarle ofertas puntuales que pudieran ser de su interés, así mismo debe saber que dicho consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por usted mediante petición por correo electrónico a comunicacion@andalbrok.es

LEGITIMACIÓN:

Para las dos finalidades adicionales tienen su base legítima en su consentimiento expreso, sin que en ningún caso la retirada de ese consentimiento condicione la ejecución del contrato de Mediación.

La información de carácter personal será objeto de tratamiento mientras esté vigente la relación contractual con las entidades objeto de intermediación, y una vez extinguida ésta, se conservará durante el plazo legal de responsabilidad.

Ello no obsta la posibilidad de los tratamientos autorizados por Vd. para los supuestos de nuevas contrataciones, ni los tratamientos para finalidades publicitarias, conservándose esta información mientras Vd. no ejercite su derecho de supresión u oposición y posteriormente durante los plazos legales de reclamación.

En base a la información facilitada, se realizan análisis de su perfil personal al objeto de prestarle un eficaz asesoramiento. Los datos proporcionados a las Compañías o entidades pueden ser tratados por las mismas al objeto de adoptar decisiones automatizadas, en base a sus estadísticas de análisis de riesgos. En tal caso, se trataría de decisiones permitidas por la normativa, al ser necesaria para la celebración de un contrato con la compañía o entidad.

DESTINATARIOS

Los datos personales sólo serán comunicados a terceros para cumplir con las obligaciones legales, por ejemplo, a la Administración Tributaria, o a las entidades aseguradoras, agencias de suscripción u otras corredurías de seguros en la medida necesaria para las cotizaciones de seguros, suscripción de pólizas o ejecución las mismas, comunicación precisa para la ejecución del contrato de Mediación. Igualmente, en aquellos casos que la normativa lo determina, se comunicarán al Ministerio de Justicia como organismo encargado del Registro de Contratos de Seguro.

Destinatarios fuera de la Unión Europea: ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L. no cede datos personales a terceros ni contrata con proveedores prestadores de servicios fuera de la Unión Europea.

DERECHOS

Cualquier persona tiene derecho a revocar su consentimiento inicial, a solicitar el acceso a los datos personales que le conciernen, a solicitar su rectificación o supresión, a solicitar la limitación de su tratamiento, a oponerse a su tratamiento (si hay interés público o interés legítimo) y/o el derecho a la portabilidad de los datos.

En todos los casos podrá ejercer sus derechos por correo electrónico dirigido, según sea, a comunicacion@andalbrok.es acompañado de documento de identidad.

Cualquier persona puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, estando los formularios disponibles en la web www.agpd.es en caso de considerar que sus derechos no han sido satisfechos.

Respecto a las finalidades de tratamientos publicitarios autorizadas por su consentimiento, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a la retirada.

En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado, el Tomador/Asegurado manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo a las con las finalidades previstas anteriormente. En el caso concreto de menores de edad, si el Tomador/Asegurado no es el representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.

El firmante es informado de cuanto antecede en las dos páginas de este documento, y otorga al efecto su consentimiento en las finalidades marcadas, tal y como exige el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679.

Firma:

Cliente:

NIF/CIF:

En a de de

NOTA: En el apartado “Finalidades Adicionales” debe marcar obligatoriamente la opción “SI” o “NO” según proceda