

SOLICITUD SEGURO DE VIDA Descuento Asegurado



DATOS DEL TOMA						
Apellidos, nombre/razón Social NIF/CIF				F. Efecto:		
Domicilio				- 1. Electo.		
Población				Provincia	C.P.	
Tfno movil:	Tfno profes	ional:	E	mail:		
DATOS DEL ASEGU	JRADO					
Apellidos, nombre						
Fecha de nacimiento —		NIF		F. Efecto:		
Domicilio						
Población					C.P.	
Tfno movil:						
Profesión:			Espec	ialidad:		
RIESGO A ASEGUI	RAR					
		Invalidez Peri	manente	Incapacidad		
Suma Asegurada	Fallecimiento	Absolu		Profesional		
		Ausoiu	la	Profesional		
	•					
Beneficiarios:						
7. ¿Tiene alguna malformació 8. Trastornos del aparato dige quios etc.) 9. Procesos infecciosos o para 10. Afecciones en la espalda y 11. Alteraciones del sistema n 12. Enfermedades de la piel (o 13. Enfermedades genitourin 14. Alguna afección todavía r 15. ¿Ha sido intervenido quir 16. En los últimos años, ¿ha s tac, doppler, resonancia magra	on, deformación, anomalía stivo, hígado o vesícula bil sitarios, endocrinos o metro columna vertebral (certervioso, de la sangre y sist quistes eccemas, etc.), nariarias (renales y sus vías, gia o nombrada ———————————————————————————————————	congénita o adquirid itar, ano-rectales, card abólicos (diabetes, tra vicobraquialgias, hern ema linfático, psiquiát z, oído y/o laringe, oci necológicas, órganos g ándo se efectuó diagnóstico, tales cor scopias, analíticas, etc	a?	rato circulatorio enfermedades re ulares hipercolesterolemia etc.)) pruebas de esfuerzo, electrocardi	spiratorias (pulmón, pleura, bron-	
			inosas; enterm	edades reumáticas?¿ha realizado	rehabilitación o fisioterapia?	
18. ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No Naturaleza y fecha ¿Ha dejado secuelas?						
19. ¿Esta en la actualidad bajo control médico? Tratamiento y motivo						
,		•		e vida? (Indique importe y cia)		
Mediante la suscripción del presente los datos personales del tomador, as to, así como la restante información duración de la relación contractual, tratamiento, estrictamente confiden cuyas finalidades son el análisis del contenido del seguro, cuyo respeprima fija (c/ Cardenal Gardoqui, 1 ser objeto de comunicación, total o su solicitud y ejecución del contrato además de a las autoridades de supe Adicionalmente, en caso de que el a podrá tener acceso a cualquier infor relación contractual. La autorización obligatoria, denegándose la formaliz tante, mediante la suscripción del pia a los mismos y declara que los datos solicitante se compromete a información del proposition del programa de la información del proposition del programa de la información del programa d	egurado y/o beneficiario facilita: a la que SURNE pueda tener ac incluidos sus datos de salud, ser cial, a través de ficheros para apl riesgo y, en su caso, el control, di onsable será Surne, Mutua de Se Bilbao - Vizcaya). Dichos datos parcial, a profesionales médicos , así como para la gestión y liqui rvisión de la Entidad conforme segurado sea persona distinta al mación del asegurado, generada n al tratamiento y cesiones indic tación del seguro en caso contra resente documento, otorga su co proporcionados son exactos y v	dos en este documen- ceso a lo largo de la án susceptibles de icaciones de tipo técnico esarrollo y cumplimiento guros y reaseguros a e información podrán para el análisis de dación de siniestros, a la normativa aplicable. tomador, el tomador en ejecución de la adas de dichos datos es rio, por lo que el solici- nsentimiento expreso reraces. Así mismo, el	surne.es) o de ter con las que SURI del Grupo Surne Me Así mismo, se le la casilla articula conservados y tr y gestionar futur citados datos por aseguramiento y Me ce el contrato de Salvo oposición otorga su consen todo tomador/as los datos recabado	rceras empresas, dedicadas o no a activid NE haya fir mado acuerdos para la promopongo a que se utilicen los datos con la informa de que, salvo que nos manifies to da al efecto, sus datos de carácter person atados aunque no se formalice el contrato as solicitudes que pueda realizarnos. De drán ser cedidos a las restantes entidades previsión social. opongo a la conservación y tratamiento seguro. expresa por su parte marcando las casilla timiento a los tratamientos y cesiones in egurado/benefici ario tiene la posibilidac los, así como de rectific ación y cancelacio.	fin alidad expresada. e expresamente su oposición marcando al, incluidos los de salud, podrán ser o de seguro, con la fin alidad de controlar igual modo y con la misma fin alidad, los del Grupo SURNE dedicadas al sector del de mis datos en caso de que no se formali- s articuladas al efecto entenderemos que dicadas. Por último, se le informa de que l de ejercitar los derechos de acceso a ón de los mismos y oposición a su trata-	
solicitante se compromete a informa el presente documento, de las circur dar por cumplimentado el deber de	stancias contenidas en la preser	ite cláusula, a efectos de	miento, en los té de Datos de Cará	rminos previstos en la Ley Orgánica 15/1 ácter Personal y normativa de desarrollo,	999, de 13 de diciembre, de Protección	

Le rogamos nos indique a continuación si se opone a que el responsable del fichero pueda hacer uso de los datos e información recabados con la finalidad de ofrecerle información, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos o servicios de SURNE, de cualquiera

indicados titulares de datos.

miento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Asegurado (datos de contacto disponibles en www.surne.es) conforme al procedimiento.

Firma Tomador/asegurado

En

Fdo.



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.dqsfp.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, 10° 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:	Firma:
NIF/CIF:	



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 🗆	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
NO 🗌	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



	Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA SEPA Direct Debit Mandate				
eedor itor	Nombre del acreedor / Creditor's name : ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS				
el acr	Identificador del acreedor / Creditor's identifier: B41573197				
ar por ed bv tl	Dirección / Address : CALLE PROGRESO 7				
umplimentar por el acreec To be completed by the creditor	Código Postal – Población – Provincia / Postal Code – City – Town : 41013 SEVILLA				
cumplimentar por el acreedor To be completed by the creditor	País / Country : ESPAÑA				
АС					
su cuent está legi efectuar entidad By signir account condition	te la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar en la y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor timado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá se dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en su cuenta, Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su financiera. In this mandate form, you authorise (A) the creditor to send instructions to your bank to debir your account and (B) your bank to debit your in accordance with the instruction form the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and has of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting, from the date of with your account was debited. In this are explained in a statement that you can ontain from your bank.				
	Nombre del deudor / Debtor's name :				
	Dirección del deudor / Address of the debtor :				
	NIF / NIF				
eudor _{btor}	Código Postal – Población / Postal Code – Town				
el deud ie debtor	Provincia - País del deudor / City - Country of the debtor :				
ir por ed bv th					
cumplimentar por el d To be completed by the de	E S E E E E E E E E E E E E E E E E E E				
A cum _{To be}	Tipo de pago: Pago recurrente / Recurrent payment				
1	Fecha Localidad :				
	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.				