

Fecha de efecto solicitada: mes año Número de asegurados a incluir:

Nombre del producto a contratar:

Nueva póliza Inclusión complemento para todos los asegurados en póliza ya existente

Cambio de póliza En caso de cambio de póliza, nº de póliza anterior:

PARTE DE **Bupa**

A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: Código Plan: Nº de póliza: Barra: Departamento:
Oficina: Código de Gestor: Código de Empleado:

A rellenar por el mediador

Nombre y apellidos / Razón social:
Tipo mediador: Agente Corredor Cód. Agencia: Nº de registro en la DGS:
Cód. Mediador Sanitas: Nº de registro en la DGS:

Datos del tomador del seguro

Nombre y apellidos / Razón social: Sexo: Hombre Mujer
Fecha de nacimiento: día mes año Nacionalidad:
Nº documento: NIF Pasaporte NIE Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)
Teléfono móvil: Teléfono 2:
Empresa: E-mail:

Datos bancarios

IBAN: Cuenta corriente: BIC:
Frecuencia de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Domicilio del tomador

Calle: Nº: Bloque: Escalera: Piso: Puerta:
Municipio: C.P.: Provincia:

Domicilio del primer asegurado de la póliza si es distinto del domicilio del tomador

Calle: Nº: Bloque: Escalera: Piso: Puerta:
Municipio: C.P.: Provincia:

Enviar documentación a:

El Mediador

Calle: Nº: Bloque: Escalera: Piso: Puerta:
Municipio: C.P.: Provincia:

Contratación de complementos (para todos los asegurados)

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (sólo si el producto lo permite)

Complemento	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Digital	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Modalidad: <input type="text"/>	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Clínica Universidad de Navarra	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accidentes de tráfico/laborales	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>	<input type="text" value="01"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma del Tomador/Asegurado

Firma del Mediador

Fecha: día mes año

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la **Información Previa a la Contratación** del seguro contenida en esta solicitud y en el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales en los términos establecidos igualmente al dorso de esta página.



PARTE DE **Bupa**

DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- Nueva póliza
 Cambio de póliza
 Inclusión de asegurado en póliza
 Inclusión de complemento en asegurado ya existente

A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: _____ Nº de póliza: _____
 Nombre y apellidos del tomador o razón social*: _____

Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: _____ Sexo: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: día [] mes [] año [] [] [] [] [] Parentesco con el primer asegurado: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono 2: _____ Fecha de efecto solicitada: [0] [1] mes [] [] año [] [] [] []

E-mail: _____ Nacionalidad: _____

Nº documento: _____ NIF Pasaporte NIE Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente? Sí No Nº de póliza anterior: _____

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Sí No ¿Cuál?: _____

Cuestionario de salud

Peso: _____ kgs. Estatura: _____ cms.

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

Complementos **contratables por el asegurado** (sólo si el producto lo permite)

Complemento	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Óptica	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos Capital asegurado: _____ €	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsidió hospitalización)	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado): _____	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	01 / /	_____

Firma del Tomador/Asegurado

Firma del Mediador

Fecha: día [] mes [] año [] [] [] []

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la **Información Previa a la Contratación** del seguro contenida en esta solicitud y en el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.

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