

<input type="checkbox"/> Nueva Póliza	<input type="checkbox"/> Modificación de Datos	<input type="checkbox"/> Baja de Póliza	Nº Asegurados	Fecha de Efecto de la Póliza:(DD/MM/AAAA) / /
---------------------------------------	--	---	---------------	--

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

TOMADOR DEL SEGURO

N.I.F./N.I.E.		Nombre y Apellidos		Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Nº de Póliza/Certificado -	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad		Profesión	
Domicilio				Población		Provincia	
Código Postal	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			¿Desea ser Asegurado de la Póliza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?			

ASEGURADO 1

N.I.F./N.I.E.		Nombre y Apellidos		Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Nº de Póliza/Certificado -	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad		Profesión	
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?			

ASEGURADO 2

N.I.F./N.I.E.		Nombre y Apellidos		Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Nº de Póliza/Certificado -	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad		Profesión	
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?			

ASEGURADO 3

N.I.F./N.I.E.		Nombre y Apellidos		Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Nº de Póliza/Certificado -	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad		Profesión	
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?			

ASEGURADO 4

N.I.F./N.I.E.		Nombre y Apellidos		Producto: <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Nº de Póliza/Certificado -	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) / /		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil	Nacionalidad		Profesión	
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	E-mail			Parentesco con Tomador (Marido/Esposa/Hijo/Hija, etc.)		
¿Tiene otras pólizas de ASISA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otros:.....		Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decírnos cual?			

DATOS BANCARIOS

Periodicidad del Pago:	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual						
Entidad Bancaria:							
Domicilio de la Oficina (calle y nº):						Código Postal:	
Localidad / Provincia:							
Titular de la Cuenta Bancaria:							
Datos Bancarios:	Banco:	Sucursal:	D.C.:	Cuenta:			

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal), así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en sus sitio Web www.asisa.es. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo. Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación de negocio o contractual con ASISA. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a ASISA, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos deberá dirigirse a ASISA. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para los fines propios del contrato de seguro.

Tomador del Seguro:

Fecha y Firma: / /

La emisión de la póliza está condicionada a la aceptación de esta Solicitud por la Compañía.

Nº de Póliza/ Certificado: -

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____ Fecha de Nacimiento: / /

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Cuánto pesa? _____ Kg. ¿Cuánto mide? _____ Cm.

Hábitos

Fuma.....	Si	No
Hace deporte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Visita al dentista? <u>Veces/año</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma Drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue alguna Medicación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular,...?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas Si No

¿Ha sido operado alguna vez?.....

Año	Tipo operación	Secuelas
-----	----------------	----------

Ingresos médicos Si No

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente?.....

Año	Enfermedad o Proceso	Días de ingreso
-----	----------------------	-----------------

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista
-------	---------------------	--------------

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

Diabetes	Si	No	Portador del virus VIH	Si	No
Otras Enf. Endocrinas (Tiroides.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental / nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis / Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina / infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras Enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enf. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma - Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Ha tenido embarazos?_____ ¿Cuántos?_____ ¿Abortos?_____ ¿Cuántos?_____

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo. D./Dña. _____ En nombre propio

N.I.F.: _____ Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

Nº de Póliza/ Certificado: -

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____ Fecha de Nacimiento: / /

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Cuánto pesa? _____ Kg. ¿Cuánto mide? _____ Cm.

Hábitos

Fuma.....	Si	No
Hace deporte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Visita al dentista? <u>Veces/año</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma Drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue alguna Medicación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular,...?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas Si No

¿Ha sido operado alguna vez?.....

Año	Tipo operación	Secuelas
-----	----------------	----------

Ingresos médicos Si No

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente?.....

Año	Enfermedad o Proceso	Días de ingreso
-----	----------------------	-----------------

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista
-------	---------------------	--------------

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

Diabetes	Si	No	Portador del virus VIH	Si	No
Otras Enf. Endocrinas (Tiroides.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental / nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis / Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras, ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina / infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras Enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enf. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades. Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma - Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Ha tenido embarazos?_____ ¿Cuántos?_____ ¿Abortos?_____ ¿Cuántos?_____

Describa aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

Resolución (Médico): Aceptada Rechazada Solicitud de Informe

Resolución (Médico): Aceptada Rechazada Solicitud de Informe

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