

# RESUMEN DE COBERTURAS Y CUESTIONARIO DE SALUD

Tomador: Ilustre Colegio de Abogados de Sevilla

CIF: Q4163001C

Número de póliza: 055047793

Fecha de efecto: 1 de marzo de 2024

- 1. Incapacidad temporal por accidente o enfermedad, para el desempeño de la actividad profesional del asegurado.**
  - Límite temporal 365 días por siniestro
  - Franquicia: 10 días
- 2. Fallecimiento accidental del asegurado, 24 horas**
  - Capital asegurado: 12.500 €
- 3. Invalidez Permanente y Absoluta por accidente del asegurado, 24 horas**
  - Capital asegurado: 12.500 €
- 4. Orfandad: capital adicional en caso de fallecimiento del asegurado y su cónyuge en el mismo accidente, con hijos menores no emancipados.**
  - Capital asegurado: 12.000 €
- 5. Fallecimiento por agresión: capital adicional en caso de fallecimiento por agresión de terceros.**
  - Capital asegurado: 12.000 €
- 6. Indemnización por parto, cesárea o adopción de 750 €**
- 7. Gastos de Sepelio por accidente en España**
  - En caso de fallecimiento accidental del asegurado, se abonará un capital adicional de 1.500 €
- 8. Gastos de Sepelio por accidente en el extranjero**
  - En caso de fallecimiento accidental del asegurado, se abonará un capital adicional de 3.000 €
- 9. Asistencia en viaje, con ámbito mundial y para viajes de un máximo de 90 días:**
  - Gastos de asistencia sanitaria de urgencia en el extranjero, con reembolso de hasta 6.000€.
  - Repatriación
  - Gastos de acompañamiento
  - Responsabilidad Civil privada
  - Cobertura de equipajes, con límite de 600 €

Teléfono de asistencia en viaje: 34 91 325 52 76

# Cuestionario de Salud para formalizar el seguro de Allianz Accidentes Colectivos

## Datos Generales de la Persona a Asegurar:

Nombre y apellidos Fecha de nacimiento:

Profesión/Actividad principal que realiza

Otras actividades

¿Realiza alguna de las siguientes actividades?

Paracaidismo u otros deportes aéreos

Deportes submarinos

Alpinismo o Espeleología

Puenting u otras actividades de riesgo

En caso afirmativo, detalle actividad y frecuencia

¿Realiza alguna de las siguientes actividades?  Sí  No

Detalle en caso afirmativo

## Datos Generales de la Persona a Asegurar:

Por favor, responda detenidamente a todas las preguntas, aunque alguna de ellas pueda parecerle irrelevante:

Altura:  m. Peso:  kg

Tensión:(Máxima y Mínima):

¿Fuma?  Sí  No ¿Cuántos cigarrillos diarios?

Tiene problemas de alcoholismo o drogodependencia?  Sí  No

¿Le ha sido rechazado o aceptado con sobreprima algún otro seguro de Vida, Accidentes o Salud?  Sí  No

En caso afirmativo, detállese los motivos

¿Realiza o ha realizado algún tratamiento médico de más de siete días de duración en los últimos cinco años?  Sí  No

Detallar en caso afirmativo

¿Tiene actualmente algún problema de salud?  Sí  No

Detallar

¿Tiene algún tipo de minusvalía física o psíquica?  Sí  No

Detallar en caso afirmativo, indicando % reconocido

¿Ha tenido que interrumpir su actividad profesional por motivo de enfermedad o accidente durante más de diez días seguidos en los últimos tres años?  Sí  No

Detállese en caso afirmativo

¿Ha sufrido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica?  Sí  No

Detallar en caso afirmativo

¿Padece o ha padecido enfermedades relacionadas con alguno de los siguientes aspectos?

Detallar diagnóstico, proceso y situación actual, en caso afirmativo de cualquiera de ellas

- Vías respiratorias (Asma, Tuberculosis, Pulmonía, etc.)
- Metabolismo/Sangre (Diabetes, VIH, Anemia, etc.)
- Sistema Nervioso (Epilepsia, Depresión, etc.)
- Vías Urinarias (Riñones, Enfermedades sexuales, Vejiga, etc.)
- Tumores (Malignos o Benignos)
- Columna vertebral (Hernias, Lumbalgias, Traumatismos, etc.)
- Sistema óseo y muscular (Esguinces, Fracturas, etc.)
- Aparato Digestivo (Estómago, Hígado, Páncreas, etc.)
- Sentidos (Problemas de vista, oído, etc.)
- Sistema circulatorio (Infarto, Hipertensión, etc.)
- Accidentes Vasculares (Embolia, Trombosis, Hemorragias, etc.)
- Otras enfermedades o accidentes no incluidos anteriormente

Indique si en los últimos cinco años ha tenido dolores, lesiones u operaciones relacionados con (en caso de miembros derecho/izquierdo, indicar el afectado). En caso de respuesta afirmativa, detalle el hecho, fecha, médico/Centro interviniente, duración de la convalecencia y secuelas actuales:

- Cabeza, cráneo
- Pelvis, cadera, ingle
  - Ingles, fractura de fémur
  - Distensión de ingle, abdominales o abductores
  - Otros
- Muslo
  - Distensión muscular, rasgadura de la fibra muscular
  - Otros
- Rodilla
  - Menisco
  - Ligamento cruzado
  - Estabilidad de ligamentos
  - Lesión de cartílagos, artrosis
  - Lesión de tendones de la rótula
  - Puente de la rodilla
- Pantorrilla, tendón de Aquiles
  - Rotura, fractura de cansancio
  - Tirón muscular, rasgadura de la fibra muscular
  - Lesión del tendón de Aquiles, luxación del tendón peroneo
  - Tibia
- Pie
  - Estiramiento, rotura, desgarramiento
  - Lesión de cartílago, artrosis
  - Rotura, fractura de cansancio
- Vértebras cervicales, nuca
- Columna vertebral
  - Dolor agudo de cuello, dolor nervioso, pérdida de sensación
  - Incidentes en discos
  - Deslizamiento de vértebras
  - Tirón muscular
  - Rotura de vértebras

- Pecho, lumbares
- Mano, muñeca, dedos
- Brazo, codo
- Hombro
  - Lesiones en la articulación del hombro
  - Unión de la clavícula, esternón
  - Rotura de la clavícula
  - Dislocación de la articulación del hombro
  - Lesión muscular o de tendones
  - Lesión de tendones del bíceps
  - Otros

#### El Asegurado declara y acuerda que:

El contenido de la presente declaración concuerda con la verdad a su leal saber y entender, y no oculta información o intenta mentir o cometer fraude respecto de cualquier tema contenido en la presente solicitud. El Asegurador se basará en esta información a la hora de valorar y aceptar el riesgo.

El Asegurador tiene el derecho de exigir exámenes médicos y pruebas para determinar si el riesgo es asegurable o no. La cobertura solicitada no tendrá efecto a menos que se mantenga la salud del asegurado en la fecha de efecto de la póliza, tal y como se manifiesta en el presente Cuestionario.

#### Autorización para obtener información

A todos los médicos, profesionales médicos, hospitales, clínicas, otros profesionales de la salud; aseguradores; empleadores; Agencia de Información Médica, agencias del consumidor, otras organizaciones de apoyo de seguros, y otras personas que tengan información sobre el Asegurado:

Autorizo a facilitar a Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros, sus reaseguradores o sus agentes, toda la información que tenga sobre la enfermedad, las lesiones, historial clínico, diagnóstico, tratamiento y pronóstico con respecto a cualquier condición física o mental del Asegurado y cualquier información que no sea de naturaleza médica, incluyendo un informe de investigación, que la Compañía crea necesario para determinar si el Asegurado es apto para el seguro solicitado, o para las prestaciones en virtud de una póliza en vigor.

#### Ley Orgánica sobre Protección de Datos de carácter personal

Allianz Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, a fin de gestionar su solicitud de seguro, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, de oposición, rectificación y, en su caso, de cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: por correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A, en C/Tarragona 109, 08014, Barcelona con la referencia "LOPD" o por e-mail a [lopd@allianz.es](mailto:lopd@allianz.es) o por teléfono al 902300186.

Formalizada la relación contractual, el firmante autoriza expresamente al tratamiento de dichos datos por la Compañía que son necesarios para el mantenimiento, desarrollo y control del seguro, la gestión de siniestros y la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, así como para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros así como la cesión a ficheros comunes del sector asegurador.

Asimismo autoriza el tratamiento de sus datos con fines publicitarios y de prospección comercial y la cesión de los mismos a las demás sociedades del grupo Allianz en España, entidades todas ellas pertenecientes al sector financiero y asegurador y que se hallan listadas en la web [www.allianz.es](http://www.allianz.es), para informarle, tanto por comunicación postal como electrónica, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos que puedan ser de su interés, incluso con posterioridad al fin de la relación contractual, y salvo indicación en contra, que podrá manifestar en la dirección postal, electrónica o teléfono de la aseguradora que constan en este documento.

Con respecto a los datos de salud, con el fin de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que los mismos sean tratados por la entidad aseguradora.

Los Asegurados facultan al Asegurador para que requiera de médicos y centros sanitarios los datos clínicos necesarios, tanto para la suscripción de la póliza como con ocasión de un siniestro o presunto siniestro declarados, comprometiéndose la Compañía a guardar la correcta confidencialidad de los mismos en archivos de su responsabilidad, pero sin que ello implique su renuncia a alegarlos en juicio como prueba, en caso necesario.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El asegurado\*

**\* Datos del Firmante (Representante legal)**

NIF \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

**ESTE CUESTIONARIO DEBE SER ENVIADO EXCLUSIVAMENTE A ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS, A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO [comunicacion@andalbrok.es](mailto:comunicacion@andalbrok.es)**  
**Más información 954233254**

## 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](http://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](mailto:comunicacion@andalbrok.es)  
**Delegado de Protección de Datos:** [info@protectionreport.com](mailto: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](mailto: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, a [comunicacion@andalbrok.es](mailto: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](http://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**