

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos, nombre/razón Social _____
 Fecha de nacimiento _____ NIF/CIF _____ F. Efecto: _____
 Domicilio _____
 Población _____ Provincia _____ C.P. _____
 Tfno movil: _____ Tfno profesional: _____ Email: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos, nombre _____
 Fecha de nacimiento _____ NIF _____ F. Efecto: _____
 Domicilio _____
 Población _____ Provincia _____ C.P. _____
 Tfno movil: _____ Tfno profesional: _____ Email: _____
 Profesión: _____ Especialidad: _____

RIESGO A ASEGURAR

Suma Asegurada	Fallecimiento	Invalidez Permanente Absoluta	Incapacidad Profesional
	☒	☐	☐

Beneficiarios: _____

DECLARACIÓN DE SALUD

- Fuma: Sí ☐ No ☐ 2. Tensión arterial: _____ 3. Talla: _____ Cm. 4. Peso: _____ Kg
- Bebidas alcohólicas: Sí ☐ No ☐ Cantidad diaria: _____
- Si ha precisado baja laboral de más de 15 días díganos cuando y por qué: _____
- ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida? _____
- Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardíacas o del aparato circulatorio enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.) _____
- Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia etc.) _____
- Afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales etc.) _____
- Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático, psiquiátricas: _____
- Enfermedades de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares _____
- Enfermedades genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.) _____
- Alguna afección todavía no nombrada _____
- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Motivo y cuándo se efectuó _____
- En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, escaner o tac, doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc? Motivos y resultados: _____
- ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas; enfermedades reumáticas? ¿ha realizado rehabilitación o fisioterapia? _____
- ¿Ha sufrido algún accidente? Sí ☐ No ☐ Naturaleza y fecha _____
 ¿Con qué lesiones? _____ ¿Ha dejado secuelas? _____
- ¿Esta en la actualidad bajo control médico? Tratamiento y motivo _____
- ¿Conduce motocicletas? Si ☐ No ☐ 21. ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de vida? (Indique importe y cia) _____

Mediante la suscripción del presente documento declara haber sido informado de que todos los datos personales del tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados en este documento, así como la restante información a la que SURNE pueda tener acceso a lo largo de la duración de la relación contractual, incluidos sus datos de salud, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (c/ Cardenal Gardoqui, 1 Bilbao - Vizcaya). Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para el análisis de su solicitud y ejecución del contrato, así como para la gestión y liquidación de siniestros, además de a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. Adicionalmente, en caso de que el asegurado sea persona distinta al tomador, el tomador podrá tener acceso a cualquier información del asegurado, generada en ejecución de la relación contractual. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, denegándose la formalización del seguro en caso contrario, por lo que el solicitante, mediante la suscripción del presente documento, otorga su consentimiento expreso a los mismos y declara que los datos proporcionados son exactos y veraces. Así mismo, el solicitante se compromete a informar a los terceros cuyos datos proporcione, en su caso, en el presente documento, de las circunstancias contenidas en la presente cláusula, a efectos de dar por cumplimentado el deber de información de Surne Mutua de Seguros para con los indicados titulares de datos.

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

de las entidades del Grupo SURNE (datos de las entidades del Grupo SURNE disponibles en www.surne.es) o de terceras empresas, dedicadas o no a actividades de aseguramiento y previsión social, con las que SURNE haya firmado acuerdos para la promoción de sus productos entre los clientes del Grupo Surne.

Me opongo a que se utilicen los datos con la finalidad expresada.
 Así mismo, se le informa de que, salvo que nos manifieste expresamente su oposición marcando la casilla articulada al efecto, sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, podrán ser conservados y tratados aunque no se formalice el contrato de seguro, con la finalidad de controlar y gestionar futuras solicitudes que pueda realizarnos. De igual modo y con la misma finalidad, los citados datos podrán ser cedidos a las restantes entidades del Grupo SURNE dedicadas al sector del aseguramiento y previsión social.

Me opongo a la conservación y tratamiento de mis datos en caso de que no se formalice el contrato de seguro.

Salvo oposición expresa por su parte marcando las casillas articuladas al efecto entenderemos que otorga su consentimiento a los tratamientos y cesiones indicadas. Por último, se le informa de que todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos y oposición a su tratamiento, 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.
- La 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 ejerce 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

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*

☐ Anual

☐ Trimestral

☐ Mensual

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.