

SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta Modificación

Mediado por: _____

Nº SOLICITUD	AGENTE	FECHA EFECTO	FECHA VENCIMIENTO	PÓLIZA Nº			
_____	_____	_____	_____	_____			
PRODUCTO _____							
DATOS DEL TOMADOR	Apellidos o Denominación _____		Nombre _____				
	NIF/CIF _____	Fecha de nacimiento _____		Sexo <input type="checkbox"/>			
	Domicilio _____						
	Localidad _____		Código postal _____				
	Provincia _____		Teléfono _____	Fax _____			
	E-mail _____						
DATOS DE COBRO	Forma de pago	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL		
	IBAN _____	Código Entidad _____	Oficina _____	D.C. _____	Cuenta _____		
	ENTIDAD / OFICINA _____						
¿Existe algún seguro precedente de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
En caso afirmativo, indicar compañía y número de póliza _____							
DATOS DE LOS ASEGURADOS	Domicilio familiar _____						
	Código postal _____		Localidad _____				
	Provincia _____						
	Teléfono _____						
	Apellidos y Nombre		Fecha de nacimiento	Sexo (1)	Parent. (2)	DNI/NIF	Caren c. (3)
	1º _____		_____	<input type="checkbox"/>	TI	_____	_____
	2º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	3º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	4º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
	5º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
6º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
7º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
8º _____		_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	

(1) V= Hombre, H= Mujer. (2) C= Cónyuge, H= Hijos, P= Padres, F= Resto Familiares, O= Otros TI= Titular.
 (3) No se aplica carencia si el Asegurado está incluido en una póliza de salud preexistente.

El solicitante del seguro declara haber cumplimentado conforme a la verdad esta solicitud. Igualmente, el solicitante autoriza a cualquier médico que en el ejercicio de su profesión haya adquirido conocimiento o antecedentes de su estado de salud, a informar de los mismos a la compañía, siempre que esta lo requiera. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados, a cuyos efectos le facilitamos la información básica del tratamiento:

Responsable	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER	
Finalidades principales y legitimación	Finalidades a. Formalización y cumplimiento del contrato de seguro o precontrato. b. Prevención del fraude	Legitimación a. Necesidad para la celebración de un contrato o precontrato b. Cumplimiento de obligaciones legales.
Otras finalidades adicionales y legitimación	Finalidades a. Elaboración de perfiles y envío de comunicaciones comerciales.	Legitimación a. Interés legítimo
Destinatarios	Entidades Reaseguradoras o Coaseguradoras. Sociedades del Grupo Caser. Entidades para la Prevención del Fraude. Administraciones Públicas	
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad.	
Delegado de Protección de Datos:	Dirección Postal: Avda. de Burgos, 109 28050 - MADRID Correo Electrónico: dpogrupocaser@caser.es	
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/protección-de-datos	

El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el artículo 122 del R.DOSSEAR. Asimismo declara recibir y mostrar su conformidad con el contenido de las condiciones particulares, generales y especiales, en su caso, del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.

Hecho y firmado en _____, a _____ de _____ de _____

EL SOLICITANTE

Número de póliza colectiva (si procede): _____

Tipo de producto: _____

CUESTIONARIO DE SALUD - ASISTENCIA SANITARIA

1. Datos personales

Nombre y apellidos: _____
DNI: _____ Edad: _____ Nº Hijos: _____ Peso actual: _____ (kg) Altura: _____ (cm)
Seguro de Salud previo (indicar compañía y producto): _____
Teléfono de contacto: _____

2. Intervenciones quirúrgicas		¿Ha sido operado alguna vez?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha	En caso afirmativo especifique intervención y patología	Secuelas	

3. Ingresos hospitalarios		¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha	En caso afirmativo especifique motivo y patología	Días de ingreso	

4. Indique sus dos últimas visitas al médico		
Fecha	Motivo de la visita y valoración médica	Especialidad

5. Revisiones periódicas	¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas recientemente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	---

6. Intervenciones quirúrgicas		¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha	En caso afirmativo indique qué intervención y/o patología		

7. Pruebas diagnósticas y consultas médicas		¿Tiene pendiente de realizar alguna prueba diagnóstica o alguna consulta médica con el especialista?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha	En caso afirmativo indique cuál		

8. Indique si tiene diagnosticado ACTUALMENTE alguno/s de los siguientes trastornos o enfermedades								
	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Litiasis (piedras) (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia de disco (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología de la mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Problemas de fertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Otras enfermedades (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Hepatitis B Hepatitis C (2) Indique nivel: H. Cervical _____ H. Lumbar _____ H. Lumbosacra _____
(3) De riñón (renal) De vesícula (biliar) (4) Número de dioptrías en cada ojo Izq.: _____ Dcho.: _____
(5) Indique cuál/es:

Si usted tiene diagnosticado algún trastorno o enfermedad, describa su evolución y situación actual:

En caso de tomar medicación, para cualquier trastorno, síntoma o enfermedad, indique cuál (en mayúsculas) y para qué:

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos. La firma de este documento, **acredita** el vínculo legal entre el tomador/asegurado y la Compañía Aseguradora, y es la base con la que Caser definirá el riesgo que está dispuesto a asumir en cada caso. Es por ello que la respuesta a todas y cada una de las cuestiones planteadas aportan una información veraz y con la mayor amplitud y exactitud posible. De acuerdo con el Artículo 10º 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 la Compañía la facultad de rescindir automáticamente la póliza. En los casos en los que los asegurados sean menores de edad o tengan algún tipo de discapacidad los cuestionarios podrán ser rellenados por sus padres/madres o tutores legales. Igualmente, el solicitante autoriza a cualquier médico que en el ejercicio de su profesión haya adquirido conocimientos o antecedentes de su estado de salud, a informar de los mismos a la Compañía, siempre que ésta lo requiera. El solicitante conoce y acepta que no serán cubiertas aquellas enfermedades existentes con anterioridad al primer día de vigencia de la póliza. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados, a cuyos efectos le facilitamos la información básica del tratamiento:

Responsable	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.- CASER	
Finalidades principales y legitimación	Finalidades a. Formalización y cumplimiento del contrato de seguro o precontrato. b. Prevención del fraude	Legitimación a. Necesidad para la celebración de un contrato o precontrato b. Cumplimiento de obligaciones legales.
Otras finalidades adicionales y legitimación	Finalidades a. Elaboración de perfiles y envío de comunicaciones comerciales.	Legitimación a. Interés legítimo
Destinatarios	Entidades Reaseguradoras o Coaseguradoras. Sociedades del Grupo Caser. Entidades para la Prevención del Fraude. Administraciones Públicas	
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad.	
Delegado de Protección de Datos:	Dirección Postal: Avda. de Burgos, 109 28050 - MADRID Correo Electrónico: dpogrupocaser@casero.es	
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/protección-de-datos	

Hecho y firmado en a / /

Firma

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 42 de la Ley 26/2006 de 18 de julio de Mediación de Seguros Privados.

- **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 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.

En el caso de que se soliciten cotizaciones o contraten pólizas con entidades aseguradoras extranjeras fuera del Espacio Económico Europeo, las transferencias internacionales de los datos estarán amparadas por el Reglamento Europeo de Protección de Datos o en su caso por el Acuerdo EU-US Privacy Shield.

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 o comunicacion@mscolectivos.com, 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