



# SOLICITUD DE SEGURO

Nombre del producto a contratar:

**A rellenar por Sanitas** Nº de póliza: 82674061 barra: \_\_\_\_\_ Fecha de efecto: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_ Código de Agente: \_\_\_\_\_ Código de 2º Mediador: \_\_\_\_\_  
Oficina: \_\_\_\_\_ Código de Gestor: \_\_\_\_\_ Código de Empleado: \_\_\_\_\_  
**A rellenar por el mediador**  
Nombre: MEDIACIÓN DE SEGUROS COLECTIVOS MSC Nº registro en la DGS: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Es necesario entregar cumplimentada, además de esta solicitud, el cuestionario referente a la **INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL** para completar correctamente el proceso de alta de los asegurados.

## DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Nº documento: \_\_\_\_\_  NIF/CIF  Pasaporte  Tarjeta de residencia Sexo:  Hombre  Mujer  
Fecha de nacimiento:  /  /  día mes año Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_

## DOMICILIO Y DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR

Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bloque: \_\_\_\_\_ Escalera: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ C.P.  Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1:  Teléfono 2:  E-mail: \_\_\_\_\_  
DATOS BANCARIOS: IBAN:  CUENTA CORRIENTE:       
BIC:  FRECUENCIA DE PAGO:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

## 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 Y TARJETAS A:

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

## DATOS SOBRE EL/LOS ASEGURADO/S

**ASEGURADO 1**  
SI EL TOMADOR DE LA PÓLIZA ES ADEMÁS ASEGURADO, DEBE FIGURAR COMO ASEGURADO 1

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ Sexo H/M: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1:  Teléfono 2:  Profesión: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  NIF  CIF  Pasaporte  T.R.: \_\_\_\_\_  
Nº de documento: \_\_\_\_\_  
¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o Bupa anteriormente?  Sí  No Nº de póliza anterior: \_\_\_\_\_  
¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO 2**

Parentesco con Asegurado 1: \_\_\_\_\_ Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ Sexo H/M: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1:  Teléfono 2:  Profesión: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  NIF  CIF  Pasaporte  T.R.: \_\_\_\_\_  
Nº de documento: \_\_\_\_\_  
¿Es usted o ha sido socio de Sanitas o Bupa anteriormente?  Sí  No Nº de póliza anterior: \_\_\_\_\_  
¿Procede usted de otra compañía aseguradora?  Sí  No ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

## CONTRATACIÓN DE COMPLEMENTOS

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

PARA TODOS LOS ASEGURADOS:	PARA LOS ASEGURADOS SELECCIONADOS:
<input type="checkbox"/> Dental	Reembolso de gastos <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2
<input type="checkbox"/> Farmacia	indicar capital asegurado: _____ € <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cobertura en Estados Unidos	Reembolso de Ginecología y Pediatría <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Óptica (familiar)	Óptica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Garantía de Accidentes de tráfico/laborales	Accidentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros _____	Indicar capital asegurado: _____ € <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>PARA EL TOMADOR DEL SEGURO:</b>	Renta (subsidio hospitalización) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Garantía de IT	Medicina Alternativa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros _____	Otros _____ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2

Firma del Tomador/asegurado \_\_\_\_\_ Firma del Mediador \_\_\_\_\_

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la información previa a la contratación del seguro que consta al dorso. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales establecido igualmente al dorso.

Si no desea recibir información comercial de SANITAS, marque en esta casilla .  
Si no desea recibir información comercial de otras entidades relacionadas con SANITAS, marque esta casilla .  
Si no desea que se cedan datos a otras compañías relacionadas con SANITAS para el envío por las mismas de información comercial, marque esta casilla .

Fecha: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(El Tomador reconoce con su firma en el anverso de su solicitud de Seguro haber sido informado en la fecha de la misma de lo indicado a continuación en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre y de los artículos 104 a 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998).

#### LEGISLACIÓN APLICABLE:

Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro; Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo. (R.D. nº 2486/98 de 20 de Noviembre).

#### ENTIDAD ASEGURADORA:

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid, España), correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía el control y supervisión de su actividad.

#### DERECHO DE RESCISIÓN:

En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza de seguro o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción se produce con posterioridad a la firma de la póliza.

Este derecho solo le corresponde a los Tomadores que sean personas físicas y que actúen con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia.

Para ejercitar este derecho, el Tomador remitirá la oportuna comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador podrá remitir esta comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación, y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma.

La cobertura del riesgo objeto de la póliza cesará desde la fecha de expedición por el Tomador de la comunicación de la resolución.

#### CELEBRACIÓN DEL CONTRATO:

El contrato de seguro podrá celebrarse utilizando una técnica de comunicación a distancia siempre que la misma esté disponible y sea accesible para ambas partes del contrato y siempre que dicha técnica garantice la integridad, autenticidad y no alteración del contrato, debiéndose utilizar mecanismos que garanticen la constatación de la fecha de envío y recepción del mensaje, su accesibilidad, conservación y reproducción.

a. En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación electrónica, telemática o informática, el Tomador cumplimentará la solicitud de seguro y la documentación contractual que le proporcione el Asegurador a través de cualquiera de estas técnicas y archivará todos los documentos en un soporte informático que tenga la consideración de soporte duradero según lo establecido en la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.

b. En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una

técnica de contratación a distancia distinta de la electrónica, telemática o informática, el Tomador hará llegar la solicitud de seguro al Asegurador debidamente cumplimentada. Posteriormente, el Asegurador enviará al tomador la documentación de la póliza, cuya copia deberá ser firmada por éste y devuelta al Asegurador.

En cualquier momento de la relación contractual, el Tomador tendrá derecho a obtener las condiciones contractuales en papel y a cambiar las técnicas de comunicación a distancia utilizadas para la celebración del contrato de seguro.

#### INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurador, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derecho habientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico clientes@sanitas.es-, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.

2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.

b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador. Para reclamar ante el Defensor del Asegurado el reclamante deberá dirigir un escrito al apartado de correos n.º 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará -dentro del plazo máximo legal de dos meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Asegurador- una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador, para quien resultará vinculante.

3. También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

## ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO

El tomador y deudor de la prima de seguro, con su firma en el anverso de esta solicitud, autoriza a Sanitas S.A. de Seguros a que presente al cobro, en la cuenta corriente igualmente indicada en el anverso, el importe relativo a la prima de seguro de la póliza objeto de esta solicitud y cualquier otra cantidad cuyo pago corresponda al tomador en virtud de dicha póliza. Igualmente autoriza a la entidad bancaria a efectuar dichos adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de Sanitas S.A. de Seguros.

## TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL TOMADOR Y ASEGURADOS

SANITAS S.A. DE SEGUROS (en adelante SANITAS), se obliga a conservar de forma confidencial los datos que en cada momento le sean facilitados por los tomadores o beneficiarios. El solicitante declara que la información que ha facilitado es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada una de las personas incluidas en la póliza. SANITAS no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente solicitud y se reserva el derecho de aceptación o rechazo de la misma a los efectos de la contratación del seguro.

El solicitante consiente expresamente en que todos los datos personales relativos al tomador y asegurados sean incorporados a ficheros de SANITAS para la efectividad y mantenimiento de las relaciones entre las partes, la prevención del fraude, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales, el conocimiento de los motivos de rechazo de esta solicitud o baja de la póliza, el ofrecimiento de programas de retención y el envío, por cualquier medio incluidos los móviles o electrónicos, de información contractual o de servicio, notificaciones, publicidad u otras ofertas propias o de terceros relacionados con SANITAS que pudieran resultar de su interés, autorizando a SANITAS a tratar sus datos para enviarle información relacionada con dichos fines.

En este sentido, el tomador/asegurado autoriza expresamente a SANITAS para que las comunicaciones o notificaciones con información contractual o de servicio que aquella deba remitirles pueda realizarlas mediante envío postal o electrónico a las direcciones postales o electrónicas y con el número de móvil que se faciliten en cualquier momento a SANITAS, obligándose el Tomador/beneficiario a comunicar a la compañía las actualizaciones de dichos datos en caso de modificación.

Los datos del tomador/asegurado serán comunicados recíprocamente a los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y entidades con las que mantenga relaciones de coseguro, reaseguro o de colaboración, para la correcta prestación del servicio, ejecución y

cumplimiento del seguro, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener SANITAS y para la atención de las reclamaciones presentadas por los asegurados. Con el objeto de prevenir el fraude, los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación. Si el tomador/asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

Asimismo, los asegurados autorizan expresamente la cesión de sus datos identificativos básicos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en [www.sanitas.es](http://www.sanitas.es), relacionadas con productos y servicios financieros, socio-sanitarios y/o de salud y bienestar para el envío de información comercial de las mismas.

El tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los asegurados tanto para que por el tomador se den sus datos personales a SANITAS como para que SANITAS facilite al tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del tomador se libere por escrito a SANITAS de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los asegurados. El tomador se hace responsable de comunicar a todos los asegurados de la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar SANITAS para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes.

Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, Dpto. de Relaciones con Clientes.

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD, LEA ESTAS INDICACIONES CON DETENIMIENTO.

- 1) Rellene todas y cada una de las casillas con la respuesta que corresponda. No deje casillas en blanco. No se aceptan rayas a modo de respuesta.  
2) En órganos o miembros pares, indique lado.

- 3) **Las patologías, intervenciones o tratamientos mencionados a continuación, no tienen por qué ser declarados al cumplimentar este cuestionario de salud:** apendicitis, anginas, parto o cesárea, ligadura de trompas, vasectomía, fimosis, tratamiento de anticonceptivos y tratamientos relacionados con alergias.

### RESPONDER POR ASEGURADO 1

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ  NO  **Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:** \_\_\_\_\_

¿TIENE PREVISTA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ  NO  **Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ  NO  **Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES:** ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Procesos oncológicos	<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/> Hepatopatía o pancreatitis crónica	<input type="checkbox"/> Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados
<input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/> Patología endocrino-metabólica	<input type="checkbox"/> Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
<input type="checkbox"/> Enfermedades desmielinizantes	<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica, del ritmo cardíaco, valvular o miocardiopatías	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Trastornos bipolares
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva maligna	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide o psoriásica	<input type="checkbox"/> Trasplantes
<input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/> Distrofias musculares	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Lupus sistémico	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
		<input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética	
		<input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos severos	

**Si ha contratado UNA PÓLIZA O COMPLEMENTO DE RENTA O ACCIDENTES, por favor conteste a las siguientes preguntas:**

SÍ  NO  ¿Ha sufrido algún accidente, padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, congénita, sistémica o limitación física? SÍ  NO  ¿Es zurdo?

SÍ  NO  ¿Tiene contratado o está en trámite de contratación de algún otro seguro de accidentes, vida, enfermedad y/u hospitalización?

**Indicar capital asegurado:** € \_\_\_\_\_ **Nombre del beneficiario en caso de indemnización por fallecimiento:** \_\_\_\_\_ **NIF del beneficiario:** \_\_\_\_\_

### RESPONDER POR ASEGURADO 2

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ  NO  **Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:** \_\_\_\_\_

¿TIENE PREVISTA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ  NO  **Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ  NO  **Detallar en caso afirmativo:** \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES:** ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Procesos oncológicos	<input type="checkbox"/> Obesidad mórbida	<input type="checkbox"/> Hepatopatía o pancreatitis crónica	<input type="checkbox"/> Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados
<input type="checkbox"/> Enfermedades congénitas	<input type="checkbox"/> Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/> Patología endocrino-metabólica	<input type="checkbox"/> Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
<input type="checkbox"/> Enfermedades desmielinizantes	<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica, del ritmo cardíaco, valvular o miocardiopatías	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Trastornos bipolares
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hipertensiva maligna	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide o psoriásica	<input type="checkbox"/> Trasplantes
<input type="checkbox"/> Patología intramedular o intracraneal	<input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica	<input type="checkbox"/> Distrofias musculares	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Lupus sistémico	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> Dermatomiositis	
		<input type="checkbox"/> Espondilitis anquilopoyética	
		<input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos severos	

**Si ha contratado UNA PÓLIZA O COMPLEMENTO DE RENTA O ACCIDENTES, por favor conteste a las siguientes preguntas:**

SÍ  NO  ¿Ha sufrido algún accidente, padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, congénita, sistémica o limitación física? SÍ  NO  ¿Es zurdo?

SÍ  NO  ¿Tiene contratado o está en trámite de contratación de algún otro seguro de accidentes, vida, enfermedad y/u hospitalización?

**Indicar capital asegurado:** € \_\_\_\_\_ **Nombre del beneficiario en caso de indemnización por fallecimiento:** \_\_\_\_\_ **NIF del beneficiario:** \_\_\_\_\_

### INCLUSIÓN DE RECIÉN NACIDOS

Aportar informe de alta en caso de nacimiento en un centro ajeno al cuadro médico de Sanitas

Nombre y apellidos del padre: \_\_\_\_\_ Nº de tarjeta del padre: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la madre: \_\_\_\_\_ Nº de tarjeta de la madre: \_\_\_\_\_

**Recién nacido asegurado Nº 1** SÍ  NO  ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial?  
SÍ  NO  ¿Es prematuro? SÍ  NO  ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

**Recién nacido asegurado Nº 2** SÍ  NO  ¿Ha requerido o requiere asistencia sanitaria especial?  
SÍ  NO  ¿Es prematuro? SÍ  NO  ¿Presenta alguna enfermedad congénita?

Firma del Tomador/asegurado	Firma del Mediador
Fecha: _____ a _____ de _____	

## 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](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 esta 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](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.

**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 y financiera que se considere sea de mi interés. Esta autorización se entiende concedida, aunque no llegue a formalizarse una póliza de seguros

SI  NO

**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 Económica 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 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](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.

Cliente:

NIF/CIF:

En ..... a ..... de ..... de .....

**NOTA: El apartado "Finalidades Adicionales" debe estar marcado obligatoriamente con la opción "SI" o "NO", según proceda.**