

SOLICITUD DE SEGURO

CONTRATAR PRODUCTO:

Aon - CEAJ:	Salud Abogacía Familia sin copago (Cuadro Médico) <input type="checkbox"/> Salud Abogacía Reembolso 150.000 <input type="checkbox"/>	FECHA DE ALTA DESEADA / / 20
-------------	---	------------------------------

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	
DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:

El Tomador, ¿desea ser asegurado de la póliza? SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa, indique:

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ SEXO: HOMBRE MUJER ESTADO CIVIL: _____

¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? SÍ NO

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL TITULAR DE LA CUENTA:	
NIF/NIE/CIF:	
NÚMERO DE CUENTA:	ES- _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
PERIODICIDAD RECIBOS PRIMA: <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL	

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (Asistencia a Domicilio)

DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO:	

DATOS ASEGURADOS

Asegurado 1

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ___ HOMBRE ___ MUJER	ESTADO CIVIL:
PARENTESCO CON EL TOMADOR:	
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Asegurado 2

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Asegurado 3

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Asegurado 4

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

OBSERVACIONES A ESTA SOLICITUD

--

RESPONSABLE: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, mutua de seguros a prima fija con CIF V86444965 (Nueva Mutua Sanitaria).
FINALIDAD: 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 Nueva Mutua Sanitaria, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios. 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.
LEGITIMACIÓN: Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro.
DESTINATARIOS: Tomador y asegurados.
DERECHOS: Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición y el derecho a la portabilidad de sus datos debe dirigirse a la Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, C/ Villanueva 14, 4ª, 28001 Madrid. 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.
INFORMACIÓN ADICIONAL: Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial acerca de productos, servicios, ofertas, etc., incluidos el correo electrónico. 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 la Mutua, en los términos y los fines expuestos en la presente cláusula.
LA ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA ESTÁ CONDICIONADA A LA ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD POR PARTE DE LA NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA. TIENE A SU DISPOSICIÓN NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD EN www.nuevmutuasantaria.es/politica-de-proteccion-de-datos

Nota informativa Aon

Póliza intermediada por Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros ("Aon"). Inscrita en el Rº Mercantil de Madrid, Hoja M-19857, Tomo 15321, Folio 133, N.I.F. A-28109247. Inscrita en el Registro Especial de Sociedades de Correduría de Seguros de la DGS con la clave J-107. Capacidad financiera y Seguro de Responsabilidad Civil concertado según lo previsto en la Ley 26/2006, de 17 de Julio.

Le informamos que de acuerdo con lo establecido en el artículo 42 y concordantes de la Ley 26/2006 de 17 de julio, Aon presta sus servicios de Mediación de Seguros de manera objetiva e independiente, velando por sus intereses y buscando siempre y en todo caso la cobertura que, de acuerdo con los requerimientos

por Vd planteados, mejor se adapte a sus necesidades. El cliente reconoce haber recibido de Aon toda la información a la que hace referencia el artículo 42 de la Ley 26/2006 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados declarando asimismo entender y conocer el contenido de la póliza de seguro.

De conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la Ley 26/2006 de 17 de Julio, para cualquier reclamación en relación con los servicios de Mediación de Seguros prestados deberá dirigirse al Apartado de Correos núm. 2053 o bien a la página web "quejasyreclamaciones.com".

Toda la información que conforma la presente oferta de seguro ha sido obtenida directamente de Vd, bien por escrito o de manera oral, de terceros o de fuentes de acceso público, constituyendo dicha información la base sobre la que se ha obtenido la cotización y demás condiciones de aseguramiento de la compañía aseguradora. En el caso de que cualquier aspecto de la referida información no sea correcto, ello puede dar lugar a la pérdida total o parcial de las garantías de la póliza de seguro y, particularmente, en caso de siniestro, por lo que resulta esencial la revisión por su parte de todos y cada uno de los apartados del presente documento y, en caso de existir alguna incorrección, comunicarlo inmediatamente al Corredor para que sea subsanado antes de la emisión de la póliza de seguro. De no recibir comunicación alguna por su parte a este respecto, se entenderá que toda la información contenida en este documento es correcta y fiel reflejo de la realidad.

Protección de datos

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679 por el que se aprueba el Reglamento General de Protección de Datos ("RGPD") Aon ha implantado una nueva Política de Seguridad que tiene como objetivo garantizar la aplicación de aquellas medidas de seguridad de carácter técnico y organizativo que sean necesarias, para en cada momento y teniendo en cuenta siempre el tipo de información o datos tratados, y el estado de la técnica, garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos personales tratados. De igual modo, Aon tiene dispone de una Política de Privacidad conforme al RGPD y en la cual se detallan, entre otras cuestiones, el alcance, finalidades y base de los tratamientos de datos realizados. Ambas Políticas se encuentran disponibles en <http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp>. La recogida y tratamiento automatizado de los datos personales, incluyendo datos especialmente protegidos (principalmente, de salud) que Ud. nos proporcione, tiene como finalidad la prestación de servicios de mediación de seguros privados, así como el mantenimiento, administración y gestión de su póliza de seguros incluyendo la gestión de siniestros. Si no se consiente el tratamiento de dichos datos para las finalidades especificadas, los servicios no podrán llevarse a cabo. Si Ud. nos proporciona datos de terceras personas físicas Ud. deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en el presente documento.

Sin perjuicio de que lean detenidamente las mismas, le facilitamos a continuación la información básica del tratamiento, donde se reflejan aquellas cuestiones más relevantes de las políticas anteriormente mencionadas:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS			
Responsable	AON GIL Y CARVAJAL S.A.U. CORREDURÍA DE SEGUROS		
Finalidades y Legitimación	<table border="1"><tr><td>FINALIDADES: - Prestación de servicios de mediación de seguros privados. - Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados Aon. - Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias.</td><td>LEGITIMACIÓN: - Ejecución de un contrato. - Interés legítimo. - Cumplimiento de obligaciones legales.</td></tr></table>	FINALIDADES: - Prestación de servicios de mediación de seguros privados. - Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados Aon. - Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias.	LEGITIMACIÓN: - Ejecución de un contrato. - Interés legítimo. - Cumplimiento de obligaciones legales.
FINALIDADES: - Prestación de servicios de mediación de seguros privados. - Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados Aon. - Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias.	LEGITIMACIÓN: - Ejecución de un contrato. - Interés legítimo. - Cumplimiento de obligaciones legales.		
Destinatarios	Entidades Aseguradoras con las que se coticen sus riesgos y se suscriban las pólizas de seguro, gabinetes médicos, centros sanitarios, peritos y otros terceros para la gestión de siniestros. Sociedades del Grupo Aon y otros terceros incluso basados en países fuera del Espacio Económico Europeo, tal y como se describe en la Política de Privacidad de Aon.		
Derechos	Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal dirigido a Aon (Calle Rosario Pino, nº 14-16, C.P. 28020) o electrónico (proteccion.datos@eon.es), acreditando su identidad.		
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp		

En el caso que Vds. tengan cualquier duda en relación con la presente comunicación o cualquier otro aspecto relativo a datos de carácter personal les rogamos se pongan en contacto con el Delegado de Protección de Datos de Aon.

En _____, a ____ de _____ de _____.

D. / Dña. (Firma): _____

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:			
NIF:	EDAD:	PESO:	ESTATURA:
Si el declarante no es la persona para la que se solicita el seguro, indique su nombre y relación o parentesco:			
NOMBRE Y APELLIDOS:		PARENTESCO:	

DATOS DE SALUD

1. INDIQUE SI PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES (MARQUE LO QUE PROCEDA):

	SI	NO		SI	NO
ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL			CIRUGÍA OBESIDAD		
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (angina de pecho o infarto de miocardio)			EPOC, BROQUITIS CRÓNICA, BRONQUIECTASIAS, FIBROSIS PULMONAR, HISTIOCITOSIS.		
MIOCARDIOPATÍA (arritmias cardiacas, taquicardias)			PARKINSON		
ARTERIOESCLEROSIS			LESIÓN MEDULAR		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			LESIONES DE NEURONA MOTORA		
BY-PASS CARDIACO, BAY-PASS AORTA ABDOMEN O BY-PASS EN EXTREMIDADES			MIELITIS IRREVERSIBLE		
INSUFICIENCIA CARDIACA			ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
ANEURISMAS ARTERIALES			DEMENCIAS		
CANCER DE CUALQUIER TIPO O LOCALIZACIÓN			MIASTENIA GRAVIS		
LEUCEMIA, LINFOMAS			SINDROME DE FATIGA CRÓNICA		
SINDROMES MIELODISPLÁSICOS			FIBROMIALGIA		
TALASEMIA MAYOR			HERNIAL DISCAL		
COAGULOPATÍAS (HEMOFILIA, DÉFICIT DE FACTORES)			CUALQUIER TIPO DE PRÓTESIS ARTICULAR Y/O ÓSEA		
ENF. HEPÁTICAS: CIRROSIS, HEPATITIS CRÓNICA, HEMOCROMATOSIS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (Crohn y colitis ulcerosa)			ESQUIZOFRENIA		
DIABETES INSULINODEPENDIENTE			TRASTORNOS BIPOLARES		
EPILEPSIA			TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA		

2. INDIQUE SI PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES (MARQUE LO QUE PROCEDA):

	SI	NO		SI	NO
VARICES			HERNIA DISCAL (INTERVENIDA O NO)		
HIPO O HIPERTIROIDISMO			LITIASIS RENAL (Cólico nefrítico, piedras riñón)		
ASMA			LITIASIS VESICULAR (Cálculos biliares, piedras vesícula)		
ENFERMEDAD CELIACA			MIGRAÑA		
GOTA (HIPERUCEMIA)			PSORIASIS		
HERNIA DE HIATO			ULCUS PÉPTICO (Úlcera de estómago o duodeno)		

3. ¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN ALGUNA OCASIÓN O HA ESTADO HOSPITALIZADO? ¿POR QUÉ?

SI		NO	

4. ¿TIENE O HA TENIDO ALGÚN DEFECTO FÍSICO, DEFORMIDAD, INCAPACIDAD O LESIÓN CONGÉNITA?

SI		NO	

5. ¿SE ENCUENTRA EN LA ACTUALIDAD BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? ¿CUÁL? ¿POR QUÉ MOTIVO?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

6. ¿ESTÁ PENDIENTE DE DIAGNÓSTICO O DE RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO?

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija) con CIF V86444965 (Nueva Mutua Sanitaria).
FINALIDAD: 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 Nueva Mutua Sanitaria, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios. 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.
LEGITIMACIÓN: Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro.
DESTINATARIOS: Tomador y asegurados.
DERECHOS: Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición y el derecho a la portabilidad de sus datos debe dirigirse a la Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, C/ Villanueva 14, 4ª, 28001 Madrid. 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.
INFORMACIÓN ADICIONAL: El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a la Mutua para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Mutua, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes.
La Mutua podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, la Mutua queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).
LA ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA ESTÁ CONDICIONADA A LA ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD POR PARTE DE LA NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA. TIENE A SU DISPOSICIÓN NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD EN www.nuevamuatuasanitaria.es/politica-de-proteccion-de-datos

Nota informativa Aon

Póliza intermediada por Aon Gil y Carvajal, S.A.U. Correduría de Seguros ("Aon"). Inscrita en el Rº Mercantil de Madrid, Hoja M-19857, Tomo 15321, Folio 133, N.I.F. A-28109247. Inscrita en el Registro Especial de Sociedades de Correduría de Seguros de la DGS con la clave J-107. Capacidad financiera y Seguro de Responsabilidad Civil concertado según lo previsto en la Ley 26/2006, de 17 de Julio.

Le informamos que de acuerdo con lo establecido en el artículo 42 y concordantes de la Ley 26/2006 de 17 de julio, Aon presta sus servicios de Mediación de Seguros de manera objetiva e independiente, velando por sus intereses y buscando siempre y en todo caso la cobertura que, de acuerdo con los requerimientos por Vd planteados, mejor se adapte a sus necesidades. El cliente reconoce haber recibido de Aon toda la información a la que hace referencia el artículo 42 de la Ley 26/2006 de 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados declarando asimismo entender y conocer el contenido de la póliza de seguro.

De conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la Ley 26/2006 de 17 de Julio, para cualquier reclamación en relación con los servicios de Mediación de Seguros prestados deberá dirigirse al Apartado de Correos núm. 2053 o bien a la página web "quejasyreclamaciones.com".

Toda la información que conforma la presente oferta de seguro ha sido obtenida directamente de Vd, bien por escrito o de manera oral, de terceros o de fuentes de acceso público, constituyendo dicha información la base sobre la que se ha obtenido la cotización y demás condiciones de aseguramiento de la compañía aseguradora. En el caso de que cualquier aspecto de la referida información no sea correcto, ello puede dar lugar a la pérdida total o parcial de las garantías de la póliza de seguro y, particularmente, en caso de siniestro, por lo que resulta esencial la revisión por su parte de todos y cada uno de los apartados del presente documento y, en caso de existir alguna incorrección, comunicarlo inmediatamente al Corredor para que sea subsanado antes de la emisión de la póliza de seguro. De no recibir comunicación alguna por su parte a este respecto, se entenderá que toda la información contenida en este documento es correcta y fiel reflejo de la realidad.

Protección de datos

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679 por el que se aprueba el Reglamento General de Protección de Datos ("RGPD") Aon ha implantado una nueva Política de Seguridad que tiene como objetivo garantizar la aplicación de aquellas medidas de seguridad de carácter técnico y organizativo que sean necesarias, para en cada momento y teniendo en cuenta siempre el tipo de información o datos tratados, y el estado de la técnica, garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos personales tratados. De igual modo, Aon tiene dispone de una Política de Privacidad conforme al RGPD y en la cual se detallan, entre otras cuestiones, el alcance, finalidades y base de los tratamientos de datos realizados. Ambas Políticas se encuentran disponibles en <http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp>. La recogida y tratamiento automatizado de los datos personales, incluyendo datos especialmente protegidos (principalmente, de salud) que Ud. nos proporcione, tiene como finalidad la prestación de servicios de mediación de seguros privados, así como el mantenimiento, administración y gestión de su póliza de seguros incluyendo la gestión de siniestros. Si no se consiente el tratamiento de dichos datos para las finalidades especificadas, los servicios no podrán llevarse a cabo. Si Ud. nos proporciona datos de terceras personas físicas Ud. deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en el presente documento.

Sin perjuicio de que lean detenidamente las mismas, le facilitamos a continuación la información básica del tratamiento, donde se reflejan aquellas cuestiones más relevantes de las políticas anteriormente mencionadas:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS		
Responsable	AON GIL Y CARVAJAL S.A.U. CORREDURÍA DE SEGUROS	
Finalidades y Legitimación	FINALIDADES: - Prestación de servicios de mediación de seguros privados. - Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados Aon. - Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias.	LEGITIMACIÓN: - Ejecución de un contrato. - Interés legítimo. - Cumplimiento de obligaciones legales.
Destinatarios	Entidades Aseguradoras con las que se coticen sus riesgos y se suscriban las pólizas de seguro, gabinetes médicos, centros sanitarios, peritos y otros terceros para la gestión de siniestros. Sociedades del Grupo Aon y otros terceros incluso basados en países fuera del Espacio Económico Europeo, tal y como se describe en la Política de Privacidad de Aon.	
Derechos	Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal dirigido a Aon (Calle Rosario Pino, nº 14-16, C.P. 28020) o electrónico (proteccion.datos@eon.es), acreditando su identidad.	
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp	

En el caso que Vds. tengan cualquier duda en relación con la presente comunicación o cualquier otro aspecto relativo a datos de carácter personal les rogamos se pongan en contacto con el Delegado de Protección de Datos de Aon.

FECHA Y FIRMA:

En _____, a _____ de _____ de _____.

D. / Dña. (Firma):

Espacio reservado para la Entidad: