

**SOLICITUD DE SEGURO - PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE LA SEME
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA ESTÉTICA**

Datos del Asegurado / Details of the insured

Apellidos / Surname		Nombre / Name		N.I.F / ID Card No											
Domicilio / Address				Teléfono / Telephone											
Ciudad / City		C. Postal / Postcode		Correo electrónico / Email											
Fecha Nacimiento / DOB		Años de ejercicio / Years of practice		Colegio Profesional / Professional Body											
				Nº											
Especialidad o Especialidades / Branch of Medicine				Centro de Formación de la Especialidad / Name of Medical School											
Tratamientos Medicina Estética / Aesthetic Medicine Treatments															
Por favor, cumplimente el Anexo I / Please complete Appendix I															
Actividad / Activity <input type="checkbox"/> 100% Pública / Government Public <input type="checkbox"/> Mixta (Pública y Privada) / Mixed (Private & Public) Reparto / Split % Pública <u>0%</u> % Privada <u>0%</u> <input type="checkbox"/> 100% Privada / Private															
¿Tiene personas con contrato laboral que le ayuden en su actividad profesional? / Do you have employees? <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No				En caso afirmativo, indique su número _____ If so how many? _____											
Centro de Trabajo (indicar nombre) / Name of Public / Government Hospital or Clinic Público: Privado: Indique el nombre de los centros donde realiza la actividad privada y el porcentaje de actividad ejercida en cada uno de ellos con relación al total de dicha actividad. / Name of Private Clinics or hospitals and percentage breakdown of work at each clinic Nombre Centros: _____ % Actividad <u>0%</u> Name of Clinics: _____ % Activity: <u>0%</u>															
Capital Solicitado (para su actividad privada) / Sum Insured Required € <table border="0"> <tr> <td>Capital por Siniestro</td> <td>Capital por Año de Seguro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 300.000€</td> <td>600.000€</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 600.000€</td> <td>1.200.000€</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.200.000€</td> <td>2.400.000€</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1.500.000€</td> <td>3.000.000€</td> </tr> </table>				Capital por Siniestro	Capital por Año de Seguro	<input type="checkbox"/> 300.000€	600.000€	<input type="checkbox"/> 600.000€	1.200.000€	<input type="checkbox"/> 1.200.000€	2.400.000€	<input type="checkbox"/> 1.500.000€	3.000.000€	¿Desea contratar la cobertura opcional de protección de datos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo indique la opción que desea contratar de LOPD (Indemnizaciones y Sanciones) <input type="checkbox"/> 300.000€ <input type="checkbox"/> 600.000€	
Capital por Siniestro	Capital por Año de Seguro														
<input type="checkbox"/> 300.000€	600.000€														
<input type="checkbox"/> 600.000€	1.200.000€														
<input type="checkbox"/> 1.200.000€	2.400.000€														
<input type="checkbox"/> 1.500.000€	3.000.000€														

Anexo I

Tratamiento Medicina Estética

Marque con una X

Nutrición, dietética y dietoterapia	<input type="checkbox"/>
Tratamientos de la piel y del tejido graso	
Infiltraciones de la piel y del tejido graso	<input type="checkbox"/>
infiltraciones de relleno, incluyendo de materiales autólogos	<input type="checkbox"/>
Hilos de sustentación	<input type="checkbox"/>
Radiofrecuencia	<input type="checkbox"/>
Mesoterapia	<input type="checkbox"/>
Laserterapia (láser ablativo y no ablativo)	<input type="checkbox"/>
Lipoaspiración, liposucción o lipoescultura	<input type="checkbox"/>
Liposucción asistida de mecanoterapia	<input type="checkbox"/>
Cavitación	<input type="checkbox"/>
Electroterapia/ Fototerapia	<input type="checkbox"/>
Terapia con gases	<input type="checkbox"/>
Termoterapia	<input type="checkbox"/>
Crioterapia	<input type="checkbox"/>
Mecanoterapia	<input type="checkbox"/>
Fitoterapia	<input type="checkbox"/>
Resección de procesos benignos	<input type="checkbox"/>
Peellings físicos y químicos	<input type="checkbox"/>
Omblioterapia / umbilicoplastia	<input type="checkbox"/>
Lobuloplastia	<input type="checkbox"/>
Lipotransferencia	<input type="checkbox"/>
Tratamientos faciales y corporales	
Implantes de relleno	<input type="checkbox"/>
Patologías estético-vasculares	<input type="checkbox"/>
Flebectomía	<input type="checkbox"/>
Flebectomía ambulatoria	<input type="checkbox"/>
Esclerosis de varices	<input type="checkbox"/>
Fotoesclerosis	<input type="checkbox"/>
Tratamientos del cabello	
Implantes de cabello	<input type="checkbox"/>
Injertos de cabello	<input type="checkbox"/>
Depilación: Láser, Fotodepilación y eléctrica	<input type="checkbox"/>
Otros tratamientos	
Blanqueamiento dental	<input type="checkbox"/>
Homeopatía	<input type="checkbox"/>
Acupuntura	<input type="checkbox"/>

<p>¿Tiene seguros de R.C. Profesional con otra Aseguradora? / Have you previously purchased Professional Indemnity Insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí / Yes Aseguradora / Insurer: _____ Fecha de vencimiento póliza anterior / Previous policy expiry date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha tenido siniestros anteriores? / Have you had any previous claims?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, proporciones por favor los detalles / Yes, please provide details Nº Siniestros / Nº of Claims: _____ Fechas / Dates of claims: _____</p> <p>¿Ha comunicado dichos siniestros a los anteriores aseguradores? / Have all these previous claims declared been notified to your previous insurers?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>Fecha de efecto de esta póliza / Date of inception of this policy: _____</p>
<p>Forma de Pago</p> <p><input type="checkbox"/> Anual</p> <p><input type="checkbox"/> Semestral</p> <p><input type="checkbox"/> Trimestral</p>
<p>Datos bancarios</p> <p>Titular de la cuenta: _____</p> <p>IBAN: ES _____</p>

DECLARACIÓN:

El solicitante declara que lo detallado en la presente solicitud es verdadero y que no se han declarado falsamente hechos materiales, tergiversado o suprimido después de conocerlos. El solicitante está de acuerdo en que esta solicitud, junto con otra información adjunta, forman las bases de un contrato de seguro efectuado entre Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U. y el solicitante.

El Tomador y/o Asegurado se compromete a informar a Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U. de cualquier modificación de aquellos hechos ocurridos antes de formalizar el contrato de seguro o durante la vigencia de la póliza.

<p>Nombre del Solicitante / Tomador:</p>
<p>Cargo que ocupa:</p>
<p>Razón Social:</p>
<p>Fecha y Firma:</p>

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS.

Para la prestación de sus servicios de mediación y distribución de seguros, Aon recogerá y tratará los datos personales, incluyendo datos especialmente protegidos (principalmente, de salud) que Ud. nos proporcione, con la finalidad de prestar servicios de mediación de seguros privados, así como el mantenimiento, administración y gestión de su póliza de seguro, incluyendo la gestión de siniestros. Si no facilita los datos solicitados o, en su caso, no consiente su tratamiento para las finalidades especificadas, los servicios no podrán llevarse a cabo; es este sentido, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, establece el deber del tomador del seguro de declarar al asegurador, antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS		
Responsable	AON IBERIA CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.U. CIF: A28109247 OFICINA COMERCIAL: Edificio Z-C, calle Dinamarca, nº 1, Pol. Ind. La Casaza, 50180 Utebo, Zaragoza. DOMICILIO SOCIAL: C/ Rosario Pino, 14-16 28020, Madrid Delegado de Protección de Datos: dpd@aon.es	
Finalidades y legitimación	FINALIDADES	LEGITIMACIÓN
	- Prestación de servicios de mediación de seguros privados.	- Ejecución de un contrato y/o aplicación de medidas precontractuales (art.6.1.b) RGPD).
	- Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados por Aon.	- Interés legítimo (art. 6.1.f) RGPD), para clientes de Aon - Consentimiento del interesado (art. 6.1.a) RGPD), no cliente de Aon.
	- Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias.	- Cumplimiento de obligaciones legales (art. 6.1.c) RGPD).
	- Tratamiento de categorías especiales de datos (salud) para la tramitación y gestión de siniestros.	- Tratamiento necesario para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones (art. 9.2.f) RGPD)
Destinatarios	Entidades Aseguradoras con las que se coticen sus riesgos y con las que se suscriban las pólizas de seguro, gabinetes médicos, centros sanitarios, peritos y otros terceros para la gestión de siniestros, organismos públicos competentes para la ordenación y supervisión de la actividad empresarial. Sociedades del Grupo AON y otros terceros incluso situados 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 o correo electrónico (proteccion.datos@aon.es), acreditando su identidad e indicando en el asunto del mensaje: "Cliente Zalba Caldú" y el derecho que ejercita. Cuando el tratamiento esté basado en su consentimiento, tiene derecho a retirar el mismo en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada; en particular, podrá retirar el consentimiento u oponerse a recibir comunicaciones comerciales en cualquier momento. Asimismo, tiene derecho a reclamar ante nuestro Delegado de Protección de Datos (dpd@aon.es) o, en su caso, ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es) como autoridad de control.	
Conservación	Los datos se conservarán mientras sea necesario para la prestación de los servicios, y posteriormente durante el plazo de ejercicio de posibles reclamaciones derivadas de los mismos.	
Información adicional	Puede consultar la información adicional sobre Privacidad y Protección de Datos en: https://www.zalba-caldu.com/rgpd/	

El interesado reconoce la recepción de esta información procedente de Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U. y ha leído la información adicional sobre el tratamiento de sus datos personales. El interesado garantiza la veracidad de los datos aportados, así como haber informado a aquellas personas físicas cuyos datos son aportados. El interesado es conocedor de la comunicación e interconexión necesaria de sus datos personales a las compañías aseguradoras conforme a lo establecido en el cuadro de información básica.

AUTORIZACIÓN

En tanto no se revoque expresamente este encargo, autorizo a Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U. para que utilice y trate mis datos.

Aceptación * He leído y acepto la política de privacidad.

Desea publicidad *Acepto recibir comunicaciones comerciales sobre novedades y promociones por vía electrónica u otra.

En _____, a las _____ horas del día _____ de _____ de 20_____

El Tomador / Asegurado

Zalba-Caldú by AON es una marca comercial de Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros S.A.U.