

BOLETIN DE ADHESION SEGURO DE SALUD ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE CANTABRIA

Tomador del seguro

Nombre y apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ NIF: _____ Sexo: M F
Correo electrónico: _____ Fecha de efecto seguro: ____ / ____ / ____
Dirección: _____ CP: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____
Número de teléfono: _____ Número de teléfono móvil: _____

Opción contratada (señale la opción elegida):

Integral: (cuadro médico)
Prestigio (cuadro médico + reembolso 210.000€) :

Forma de pago:

Seleccione forma de pago:
Mensual
Trimestral
Semestral

Datos bancarios

ES _____
IBAN _____ BANCO _____ OFICINA _____ DC _____ NÚMERO DE CUENTA _____

Asegurado 1:

Nombre y apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ NIF: _____ Sexo: M F
Correo electrónico: _____

Opción contratada (señale la opción elegida)

Integral: (cuadro médico)
Prestigio (cuadro médico + reembolso 210.000€) :

Asegurado 2:

Nombre y apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ NIF: _____ Sexo: M F
Correo electrónico: _____

Opción contratada (señale la opción elegida)

Integral: (cuadro médico)
Prestigio (cuadro médico + reembolso 210.000€) :

Asegurado 3:

Nombre y apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ NIF: _____ Sexo: M F
Correo electrónico: _____

Opción contratada (señale la opción elegida)

Integral: (cuadro médico)
Prestigio (cuadro médico + reembolso 210.000€) :

BOLETIN DE ADHESION SEGURO DE SALUD ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE CANTABRIA

Asegurado 4:

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ NIF: _____ Sexo: M F

Correo electrónico: _____

Opción contratada (señale la opción elegida)

Integral: (cuadro médico)

Prestigio (cuadro médico + reembolso 210.000€) :

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, seguidamente le informamos de los aspectos más relevantes de la misma:

RESPONSABLE

Identidad: CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. C.I.F. A28013050

Domicilio social: Avenida de Burgos, 109 – 28050 – MADRID

Teléfono: 915955000

FINALIDADES, PLAZO Y LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO

A. Formalización y cumplimiento del contrato de seguro o precontrato, plan de pensiones y prevención del fraude.

Descripción de la finalidad: Gestionar la relación de aseguramiento y el cumplimiento del contrato o precontrato, así como del plan de pensiones, destacando las siguientes gestiones: Selección, valoración y delimitación del riesgo, Gestión de aportaciones, supuestos excepcionales de liquidez, prestaciones e investigación del fraude, Realización de estudios y cálculos actuariales y estadísticos, Control de calidad mediante la realización de encuestas de satisfacción. En ningún caso se adoptarán decisiones automatizadas en el tratamiento de sus datos.

Plazo de conservación: Sus datos personales se conservarán mientras se encuentre vigente la relación contractual y se cancelarán de conformidad con los plazos previstos por la legislación vigente: Hasta un máximo de diez años de acuerdo con lo previsto en la normativa de prevención de blanqueo de capitales.

Legitimación: La base legal que legitima estos tratamientos es la necesidad para la ejecución del contrato y para el cumplimiento de obligaciones legales. El tratamiento de los datos personales del Tomador, Partícipe o Asegurado, así como de los beneficiarios, resulta imprescindible para la selección del riesgo, así para el inicio y desarrollo de la relación contractual con la Compañía.

Asimismo, el tratamiento de los datos resulta imprescindible para el cumplimiento de obligaciones legales de la Compañía, entre las que destacan las siguientes:

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Ley 20/2015, de 14 de Julio, Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.

B. Elaboración de perfiles comerciales y envío de información comercial

Descripción de la finalidad: Con la finalidad de realizarle acciones comerciales y prestarle los servicios que más se adecuen a su perfil, utilizaremos sus datos derivados de la gestión de las pólizas y planes de pensiones que tenga contratados, así como los gustos, aficiones y necesidades declaradas por Vd. A estos efectos, le informamos que no se tomarán decisiones automatizadas en base a este perfil. Asimismo, trataremos sus datos con la finalidad de ofrecerle, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico, SMS, MMS, o equivalente, información comercial sobre nuestros productos y servicios relacionados con los seguros y los planes de pensiones.

Plazo de conservación: Sus datos personales serán tratados con esta finalidad mientras usted no se oponga a la misma y hasta dos años después de finalizada su relación con la Compañía.

Legitimación: La base legal que legitima estos tratamientos es el interés legítimo de Caser de comercializar entre sus clientes, servicios y productos de seguros y planes de pensiones, así como gestionar sus contratos de la forma más personalizada posible.

DESTINATARIOS

Con las finalidades indicadas en el punto anterior, sus datos personales podrán comunicarse, en su caso, a las siguientes entidades:

A las Compañías de Reaseguro.

A las Coaseguradoras.

A las Entidades que tratan ficheros comunes para la prevención del fraude.

A las Administraciones Públicas en los supuestos previstos en la Ley.

A los Bancos y entidades financieras para el cobro de los recibos de primas.

A las Entidades del Grupo Caser para dar cumplimiento a la normativa de Supervisión Ordenación y Solvencia.

En el ámbito de los planes y fondos de pensiones, a la Comisión de Control y a la entidad aseguradora que, en su caso, asegure el Plan

DERECHOS DE LOS AFECTADOS

Los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 – 28050 - MADRID (Indicar Asesoría Jurídica – Protección de Datos) o mediante correo electrónico dirigido a derechosrgpdgrupocaser@caser.es, a los que se acompañará copia del D.N.I. o Pasaporte.

Asimismo, le informamos que podrá formular una reclamación ante el Delegado de Protección de Datos del Grupo Caser, por correo postal dirigido al DPO del Grupo Caser, Avda. de Burgos, 109 – 28050 MADRID, o bien mediante correo electrónico remitido a: dpogrupocaser@caser.es.

Asimismo, podrá formular reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos si considera que se han conculcados sus derechos en esta materia. Para más información visite la página web www.agpd.es

INFORMACIÓN PREVIA MEDIADORES DE SEGUROS CONFORME A LA LEY DE DISTRIBUCIÓN DE SEGUROS, POR LA QUE SE INCORPORA AL DERECHO ESPAÑOL LA DIRECTIVA 2016/97 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, DE 20 DE ENERO DE 2016 SOBRE DISTRIBUCIÓN DE SEGUROS (en adelante “Ley de Distribución de Seguros”):

(i) Información General.

Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros, S.A.U. (en adelante “AON”) es un mediador de seguros en la modalidad de Correduría de Seguros. AON tiene su domicilio social en C/ Rosario Pino, nº 14-16, C.P. 28020 de Madrid, y se encuentra inscrita en el Rº Mercantil de Madrid, Hoja M-19857, Tomo 1577, Folio 122, N.I.F. A-28109247. Asimismo, AON en su condición de sociedad de Correduría se encuentra inscrita en el Registro de Distribuidores de Seguros Y Reaseguros de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones con la clave J-0107 (<http://www.dgsfp.mineco.es/es/Distribuidores/PUI/Paginas/pui.aspx>) y dispone de la Capacidad financiera y Seguro de Responsabilidad Civil según lo previsto en la Ley de Distribución de Seguros.

BOLETIN DE ADHESION SEGURO DE SALUD ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE CANTABRIA

(i) Principios de actuación de AON.

De conformidad con lo establecido en la ley de Distribución de Seguros, AON presta sus Servicios de Mediación de Seguros de manera objetiva e independiente, velando por los intereses de sus clientes y representando a éstos frente a las compañías aseguradoras. AON facilita su asesoramiento bajo los principios de independencia frente las compañías aseguradoras, así como de análisis objetivo y personalizado a sus clientes, buscando siempre y en todo caso la cobertura que, de acuerdo con los requerimientos planteados por éstos, mejor se adapta a sus necesidades.

(ii) Servicio de quejas y reclamaciones.

En cumplimiento de la Ley de Distribución de Seguros, AON dispone de un servicio de quejas y reclamaciones en el que sus clientes pueden presentar las quejas que consideren oportunas en relación con los Servicios de Mediación de Seguros prestados por AON. Para cualquier reclamación deberá dirigirse a: AON IBERIA - Servicio de Atención al Cliente - Calle Rosario Pino, 14-16 28020 Madrid, a la dirección de correo electrónico sac.grupoaon@aon.es, o bien a las propias oficinas de AON.

(iii) Remuneración.

Respecto a la remuneración que percibe AON por sus Servicios de Mediación, le informamos a continuación de los distintos sistemas de remuneración que AON tiene implementados por sus Servicios de Mediación de Seguros:

- AON pactará libremente con la compañía aseguradora la comisión que percibirá por la/s póliza/s de seguro/s intermediada/s, o, en su caso, pactará directamente con el cliente, de forma expresa y por escrito, los correspondientes honorarios profesionales, los cuales serán incrementados por los impuestos que en cada momento fueren de aplicación. Igualmente, AON podrá ser remunerado por una combinación de comisiones recibidas de la compañía aseguradora y honorarios percibidos directamente del cliente.
- En adición a lo anterior, AON podrá cobrar, junto con la prima, una cantidad adicional en concepto de gastos de administración cuyo importe será acordado con el cliente.
- Asimismo, se informa que AON puede percibir adicionalmente comisiones de las compañías aseguradoras por servicios accesorios a la Mediación de Seguros, tales como gestión de cobro de primas de seguro y otros sobre la cartera global de pólizas de seguro que intermedia con las distintas compañías aseguradoras.
- Por último, se informa que dentro del grupo AON existen otras sociedades que prestan determinados servicios a compañías aseguradoras tales como correduría de reaseguros, agencia de suscripción de seguros y/o consultoría, distintos e independientes a los Servicios de Mediación de Seguros prestados por AON, pero que pueden estar relacionados con los riesgos objeto de cobertura, pudiendo aquéllas recibir comisiones u honorarios de las compañías aseguradoras por tales servicios.
- En el caso de precisar cualquier aclaración sobre el sistema de remuneración de AON, podrá dirigirse a su interlocutor habitual en AON, quien adquiere el compromiso de facilitar cuantas aclaraciones fueran necesarias a este respecto.

(v) Resolución de conflictos de interés

El Grupo Aon dispone de una política de prevención de conflictos de interés.

(vi) Protección de Datos Personales y Derechos Digitales.

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 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 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>.

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. Los datos se conservarán mientras sean necesario para la prestación de los servicios, y posteriormente durante el plazo de ejercicio de posibles reclamaciones derivadas de los mismos.

Sin perjuicio de que lean detenidamente la Política de Privacidad disponible en <http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp>, 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 IBERIA CORREDURÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.U. Delegado de Protección de Datos: dpd@aon.es		
Finalidades y Legitimación	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> FINALIDADES - Prestación de servicios de mediación de seguros privados. - Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados por AON. - Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias. </td> <td style="width: 40%;"> 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 por 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 por 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-Madrid) o electrónico (proteccion.datos@aon.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 tenga cualquier duda en relación con el tratamiento de sus datos de carácter personal, así como si desea presentar una queja o reclamación relativa al mismo, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos de AON (dpd@aon.es), en todo caso, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como autoridad de control en la materia (www.aepd.es)

Fecha: _____

Firma del tomador:

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.es	
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/proteccion-de-datos	

Hecho y firmado en a / /

Firma