

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.

Seguro garantizado por la Aseguradora Beazley. Aon Gil y Carvajal, S.A. Correduría de Seguros, Sociedad Unipersonal (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.

(ii) 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.

(iii) 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 puede presentar las quejas que consideren oportunas en relación con los Servicios de Mediación de Seguros prestados por AON. Para cualquier reclamación deberá dirigirse al Apartado de Correos núm. 2053, a la página web "quejasyreclamaciones.com" o bien a las propias oficinas de AON.

(iv) 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 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:

INFORMACION BASICA SOBRE PROTECCION DE DATOS			
Responsable	AON GIL Y CARVAJAL S.A.U. CORREDURIA 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>LEGITIMACION: - Ejecución de un contrato 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.	LEGITIMACION: - Ejecución de un contrato 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.	LEGITIMACION: - Ejecución de un contrato 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@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.

He leído y entiendo la información proporcionada en relación al tratamiento de mis datos personales.

Firma del Tomador/Asegurado

Fecha:
 día mes año

[Firma]



PARTE DE **Bupa**

DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- Nueva póliza
 Cambio de póliza
 Inclusión de asegurado en póliza
 Inclusión de complemento en asegurado ya existente

A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: _____ Nº de póliza: _____
 Nombre y apellidos del tomador o razón social*: _____

Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: _____ Sexo: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: día [] mes [] año [] [] [] [] [] Parentesco con el primer asegurado: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono 2: _____ Fecha de efecto solicitada: [0] [1] mes [] [] año [] [] [] []

E-mail: _____ Nacionalidad: _____

Nº documento: _____ NIF Pasaporte NIE Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente? Sí No Nº de póliza anterior: _____

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Sí No ¿Cuál?: _____

Cuestionario de salud

Peso: _____ kgs. Estatura: _____ cms.

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

Complementos contratables por el asegurado (sólo si el producto lo permite)

Complemento	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Óptica	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos Capital asegurado: _____ €	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsidió hospitalización)	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado): _____	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	01 / /	_____

Firma del Tomador/Asegurado

Firma del Mediador

Fecha: día [] mes [] año [] [] [] []

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la **Información Previa a la Contratación** del seguro contenida en esta solicitud y en el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.



PARTE DE **Bupa**

DATOS DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud

- Nueva póliza
 Cambio de póliza
 Inclusión de asegurado en póliza
 Inclusión de complemento en asegurado ya existente

A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud: _____ Nº de póliza: _____
 Nombre y apellidos del tomador o razón social*: _____

Responder por el asegurado nº

Nombre y apellidos: _____ Sexo: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: día [] mes [] año [] [] [] [] [] Parentesco con el primer asegurado: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono 2: _____ Fecha de efecto solicitada: [0] [1] mes [] [] año [] [] [] []

E-mail: _____ Nacionalidad: _____

Nº documento: _____ NIF Pasaporte NIE Documento Nacional de Identidad (ciudadanos de la UE)

¿Es usted o ha sido asegurado de Sanitas o Bupa anteriormente? Sí No Nº de póliza anterior: _____

¿Procede usted de otra compañía aseguradora? Sí No ¿Cuál?: _____

Cuestionario de salud

Peso: _____ kgs. Estatura: _____ cms.

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o ha sufrido un accidente en los últimos cinco años que haya precisado de tratamiento médico? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

2. ¿Ha estado alguna vez o tiene previsto ser hospitalizado y/o intervenido quirúrgicamente? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

3. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

4. ¿Tiene algún síntoma o dolor, no diagnosticado y manifestado de forma continuada o reiterada? Sí No

Detallar en caso afirmativo: _____

Complementos contratables por el asegurado (sólo si el producto lo permite)

Complemento	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Óptica	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Reembolso de gastos Capital asegurado: _____ €	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Renta (subsidió hospitalización)	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Accidentes (Indicar profesión del asegurado): _____	01 / /	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	01 / /	_____

Firma del Tomador/Asegurado

Firma del Mediador

Fecha: día [] mes [] año [] [] [] []

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la **Información Previa a la Contratación** del seguro contenida en esta solicitud y en el Documento de información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.