



## 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 SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros e intermediado por 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	<p><b>FINALIDADES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestación de servicios de mediación de seguros privados.</li> <li>- Realizar análisis o estudios y promocionar y ofertar productos propios o de terceros comercializados AON.</li> <li>- Cumplir con nuestras obligaciones legales y regulatorias.</li> </ul> <p><b>LEGITIMACION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejecución de un contrato.</li> <li>- Interés legítimo.</li> <li>- Cumplimiento de obligaciones legales.</li> </ul>
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 ( <a href="mailto:proteccion_datos@eon.es">proteccion_datos@eon.es</a> ), acreditando su identidad.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: <a href="http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp">http://www.aon.com/spain/privacidad.jsp</a>

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 \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# Cuestionario de salud

NO ESCRIBA EN  
LOS CASILLEROS  
SOMBREADOS

# Adeslas

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de Solicitud \_\_\_\_\_

Nº Certificado \_\_\_\_\_

Nº Póliza \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS SANITARIO	TITULAR		ASEGURADO 1 (*)		ASEGURADO 2 (*)		ASEGURADO 3 (*)		
	Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		
	Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____		Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		
Nº	PREGUNTA	OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES	
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA ...../...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA ...../...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA ...../...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA ...../...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique la causa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique la causa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique la causa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consumo o ha consumido estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto
(*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal.									
Firma y Fecha									
Observaciones									
		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado				<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado			

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

IMPREScindible LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

Quienes suscriben, declaran, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SegurCaixa Adeslas 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 Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes.

SegurCaixa Adeslas 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, SegurCaixa Adeslas 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).

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, como responsable del tratamiento, tratará los datos personales facilitados para llevar a cabo la valoración del riesgo de conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros. Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: [www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos](http://www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos).