

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/ Velázquez 86D, C.P. 28006 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/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 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 - C/ Velázquez 86D, C.P. 28006 de Madrid, a la dirección de correo electrónico sac.grupo@on.aon.es, 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 recibirá 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@on.aon.es |
| 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 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 (C/ Velázquez 86D, C.P. 28006 de Madrid) o electrónico (proteccion.datos@on.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@on.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 _____

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 | | <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.