



PARTE DE **Bupa**

# SOLICITUD DE SEGURO

Fecha de efecto solicitada: 01 mes    año                   Número de asegurados a incluir:   

Nombre del producto a contratar:   

Nueva póliza  Inclusión complemento para todos los asegurados en póliza ya existente

Cambio de póliza En caso de cambio de póliza, nº de póliza anterior:   

## A rellenar por Sanitas

Nº de Solicitud:    Código Plan:    Nº de póliza:    Barra:    Departamento:     
Oficina:    Código de Gestor:    Código de Empleado:   

## A rellenar por el mediador

Nombre y apellidos / Razón social:   

Tipo mediador:  Agente    Cód. Agencia:    Nº de registro en la DGS:   

Corredor    Cód. Mediador Sanitas:    Nº de registro en la DGS:   

## Datos del tomador del seguro

Nombre y apellidos / Razón social:    Sexo:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento: día    mes    año                Nacionalidad:   

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

Teléfono móvil:    Teléfono 2:   

Empresa:    E-mail:   

## Datos bancarios

IBAN:                Cuenta corriente:                                     BIC:                              

Frecuencia de pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

## Domicilio del tomador

Calle:                               Nº:    Bloque:    Escalera:    Piso:    Puerta:   

Municipio:    C.P.:             Provincia:   

## Domicilio del primer asegurado de la póliza si es distinto del domicilio del tomador

Calle:                               Nº:    Bloque:    Escalera:    Piso:    Puerta:   

Municipio:    C.P.:             Provincia:   

## Enviar documentación a:

El Mediador

Calle:                               Nº:    Bloque:    Escalera:    Piso:    Puerta:   

Municipio:    C.P.:             Provincia:   

## Contratación de complementos (para todos los asegurados)

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (sólo si el producto lo permite)

Complemento	Fecha de efecto	Código de producto A rellenar por Sanitas
<input type="checkbox"/> Digital	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u>
<input type="checkbox"/> Dental	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u>
Modalidad: <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u>
<input type="checkbox"/> Clínica Universidad de Navarra	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u>
<input type="checkbox"/> Farmacia	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u>
<input type="checkbox"/> Accidentes de tráfico/laborales	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u>
<input type="checkbox"/> Otros: <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u>

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. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales en los términos establecidos igualmente al dorso de esta página.



## **INFORMACIÓN PREVIA MEDIADORES DE SEGUROS CONFORME AL REAL DECRETO-LEY 3/2020, DE 4 DE FEBRERO, DE MEDIDAS URGENTES POR EL QUE SE INCORPORAN AL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL DIVERSAS DIRECTIVAS DE LA UNIÓN EUROPEA EN EL ÁMBITO DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN DETERMINADOS SECTORES; DE SEGUROS PRIVADOS; DE PLANES Y FONDOS DE PENSIONES; DEL ÁMBITO TRIBUTARIO Y DE LITIGIOS FISCALES.**

### **(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 R<sup>o</sup> 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 J0107 (<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 el Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la unión europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.

### **(II) Principios de actuación de AON**

De conformidad con lo establecido en Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la unión europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, 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 del Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la unión europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales 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 Velázquez, nº 86 D, C.P. 28006 Madrid, a la dirección de correo electrónico [sac.grupoaon@aon.es](mailto:sac.grupoaon@aon.es), o bien a las propias oficinas de AON. El plazo máximo de resolución de la reclamación será de un mes desde la presentación de la misma, en el caso de que el reclamante tenga la consideración de consumidor y dos meses en el resto de supuestos, a partir de la fecha en que la queja o reclamación fuera presentada en el departamento o servicio de atención al cliente.

En caso de ausencia de respuesta en el plazo antes indicado o de disconformidad con el resultado del pronunciamiento del Servicio de Atención al Cliente o de falta, tiene Ud. la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, para la presentación de la queja o reclamación ante este. Podrá presentar la queja enviándola a la siguiente dirección postal: Paseo de la Castellana, 44, 28046 – Madrid. Tel: 952 24 99 82 (Horario: de lunes a viernes laborables de 9:30 a 14:30 h)

La queja o reclamación se puede presentar por medios electrónicos a través de la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, [www.dgsfp.mineco.es](http://www.dgsfp.mineco.es).

### **(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 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. Sino 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 las mismas, 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](mailto:dpd@aon.es)

### 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.

### 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 Velázquez, nº86 D, C.P. 28006 Madrid) o electrónico ([proteccion.datos@aon.es](mailto:proteccion.datos@aon.es)), acreditando su identidad.

**INFORMACION 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](mailto: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](http://www.aepd.es)).

## (VII) Titularidad de los derechos de propiedad intelectual y copyright

AON es el titular exclusivo de todos los derechos de propiedad intelectual, copyright, etc. de todos los informes y/o documentos generados por éste y que proporcione a la ASEGURADORA y el CLIENTE con ocasión de la solicitud de cotización, negociación del riesgo y/o, en su caso, colocación de la póliza de seguro. Tanto el CLIENTE como LA ASEGURADORA deberán guardar la máxima confidencialidad en relación a los referidos documentos estando absolutamente prohibida la revelación de los mismos, en todo o en parte a ningún tercero, en especial, otros corredores de seguro que pudieran ser nombrados por el cliente. Aon se reserva expresamente el ejercicio de cualesquiera acciones de reclamación frente a la ASEGURADORA y el CLIENTE en caso de que éstos revelen a otros corredores o cualquier tercero los informes y/o documentos generados por Aon.

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

Firma del Tomador/Asegurado

Fecha:     
          día       mes       año



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.