

SOLICITUD DE PÓLIZA SURNE VIDA



Fecha de efecto ____ / ____ / ____

Mediador **AON**

HASTA 45 AÑOS Y A PARTIR DE 100.001€

DE 46 A 55 Y A PARTIR DE 75.001€

DE 56 A 65 Y A PARTIR DE 50.001€

DATOS PERSONALES

Nombre Apellido 1 Apellido 2

NIF Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Género Estado civil: (*1)

Domicilio Localidad Código postal Provincia

Profesión Móvil (sólo de los que tengamos el fijo)

Comentarios de interés*:

¿Quiere que se le cargue en el mismo número de cuenta donde tiene domiciliada la cuota de la asociación? Sí No

En caso negativo facilitar número de cuenta:

DATOS BANCARIOS

Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
E S			

BENEFICIARIOS

* Indicar BENEFICIARIOS en caso de que sean diferentes a los legales

Sr./Sra.: DNI %

Sr./Sra.: DNI %

(*1) ¿Desearía contratar la póliza también para su cónyuge? Sí No

COBERTURA SOLICITADA

FECHA DE EFECTO ____ / ____ / CAPITAL CUOTA ANUAL

DECLARACIÓN DE SALUD LARGA

Altura: cm Peso: Kgs.

FECHA ____ / ____ / Se adjunta grabación del contrato verbal.

Baja laboral durante más de 15 días en el último año Causa Duración

Hipertensión arterial Cuál?

Malformación, congénita o adquirida Cuál?

Trastornos del aparato digestivo, hígado ó vesícula biliar, ano-rectales, cardíacos o circulatorios, enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.) Cuál?

Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia, etc.) Cuál?

Afecciones en la espalda y/o columna vertebral Cuál?

Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático Cuál?

Alteraciones psíquicas y/o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicopáticas, etc.) Cuál?

Afectaciones de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares Cuál?

Afectaciones genitourinarias(renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales,etc.) Cuál?

Lesiones musculares, articulares, ligamentosas, tendinosas o reumáticas Cuál?

Padece alguna afección todavía no nombrada Cuál?

Ha sido intervenido quirúrgicamente Motivo Fecha ____ / ____ /

Ha sufrido algún accidente Naturaleza Fecha ____ / ____ /

Previsión o realización de pruebas médicas, cómo diagnóstico, ecografías, resonancia, etc. Resultado

En trámites de invalidez Motivo

Practica algún deporte de riesgo?

Fecha ____ / ____ /

FIRMA DEL ASEGURADO/A

FIRMA / SELLO DE LA CORREDURÍA

Mediante la suscripción del presente documento declara haber sido informado de que todos los datos personales del tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados en este documento, incluidos los de salud, así como la restante información a la que SURNE pueda tener acceso a lo largo de la duración de la relación contractual, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo, ejecución y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (C/ Cardenal Gardoqui, 1 Bilbao - Vizcaya). Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para el análisis de la solicitud efectuada y ejecución del contrato, así como para la gestión y liquidación de siniestros, además de a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. Adicionalmente, en caso de que el asegurado sea persona distinta al tomador, el tomador podrá tener acceso a cualquier información del asegurado, generada en ejecución de la relación contractual. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, denegándose la formalización del seguro en caso contrario, por lo que el solicitante, mediante la suscripción del presente documento, otorga su consentimiento expreso a los mismos.

Le rogamos nos indique a continuación si se opone a que el responsable del fichero pueda hacer uso de los datos e información recabados, con la finalidad de ofrecerle información, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos o servicios de SURNE, de cualquiera de las entidades del Grupo SURNE (datos de las entidades del Grupo SURNE disponibles en www.surne.es) o de terceras empresas dedicadas o no a actividades de aseguramiento y previsión social con las que SURNE haya firmado

acuerdos para la promoción de sus productos entre los clientes del grupo SURNE.

Me opongo a que se utilicen los datos con la finalidad expresada.

Así mismo, se le informa de que, salvo que nos manifieste expresamente su oposición marcando la casilla articulada al efecto, sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, podrán ser conservados y tratados aunque no se formalice el contrato de seguro, con la finalidad de controlar y gestionar futuras solicitudes que pueda realizarnos. De igual modo y con la misma finalidad, los citados datos podrán ser cedidos a las restantes entidades del Grupo SURNE dedicadas al sector del aseguramiento y previsión social.

Me opongo a la conservación y tratamiento de mis datos en caso de que no se formalice el contrato de seguro.

Salvo oposición expresa por su parte marcando las casillas articuladas al efecto entendemos que otorga su consentimiento a los tratamientos y cesiones indicadas.

Todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos y oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Asegurado (datos de contacto disponibles en www.surne.es) conforme al procedimiento general establecido al efecto.