

DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales han sido incorporados a un fichero titularidad de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN, con dirección en Av. José Ortega y Gasset. 124. 1ª Oficina 24 29006 Málaga.- España, con la finalidad de mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento, así como para la gestión de la contratación de pólizas de seguros y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan. También utilizaremos sus datos para remitirle información y publicidad sobre productos relacionados con la actividad aseguradora que puedan ser de su interés. Salvo que a continuación nos indique lo contrario. No autorizo el envío de comunicaciones comerciales por parte de Moisés Núñez de Bien Corredor de Seguros.

Le informamos que sus datos serán cedidos a las entidades aseguradoras intervinientes en los procedimientos de contratación para el normal desenvolvimiento del servicio contratado al objeto de garantizar la cobertura total de la póliza correspondiente.

Asimismo, le informamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación de sus datos personales y oposición al tratamiento de los mismos, mediante comunicación dirigida a la dirección indicada.

INFORMACIÓN PREVIA AL CLIENTE ANTES DE LA CELEBRACIÓN DE UN CONTRATO DE SEGURO

El tomador, solicitante y/o asegurado, abajo firmante, reconoce haber recibido en esta fecha y antes de la celebración del contrato de seguro solicitado, toda la información recogida en los artículos 42 al 46 de la Ley 26/2006, del 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, y que, de modo ejemplificativo y no limitativo, a continuación detallamos:

a) El Corredor de Seguros de la presente póliza es D/Dª NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, con DNI/CIF: 28588113-X, residente y domiciliado en España, Av. José Ortega y Gasset.124.1º Oficina 24. Teléfono: 952038410, fax: 952038464, correo electrónico: moises@nunezdebien.es

b) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, está inscrito en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos de la JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA ECONOMÍA Y HACIENDA. Con el nº: CS-F44, pudiéndose acceder a él a efectos de que el cliente pueda realizar las comprobaciones oportunas, dirigiéndose a dicho Organismo en Juan Antonio Vizarron. S/N Torre Triana. - 41092, fax: 955064852, teléfono: 955064854 o a la página: www.juntadeandalucia.es/economiayhacienda/.

c) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, no posee participación directa ni indirecta superior al 10% en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora.

d) Ninguna entidad aseguradora o empresa matriz de este tipo de entidades, posee ni directa ni indirectamente, una participación superior al 10% en los derechos de voto o del capital social del Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS.

e) Los clientes y otras partes interesadas del Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, podrán formular sus quejas y reclamaciones derivadas de los servicios prestados tanto en lo referente al asesoramiento en la intermediación de pólizas de seguro como en las obligaciones y derechos derivados de los contratos de seguro en los que haya intervenido el Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, y hayan sido finalmente celebrados a su instancia, en conformidad con el artículo 44 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y reglamento del servicio de atención al cliente de este Corredor de Seguros, es Don Francisco Javier Santamaria Garrido, Avda. Blas Infante. 6. 10º C, 41011 - SEVILLA, y cuyo titular es D/Dña. Don Francisco Javier Santamaria Garrido, correo electrónico: fjsanta-maria@terra.es, teléfono: 954452342 y fax: 954003284. Responsabilidad Civil asegurada bajo póliza 20033434-1 con la compañía HELVETIA SEGUROS. S. A -POOL RC- y capacidad financiera conforme a la ley.

f) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, informa al tomador del seguro, abajo firmante de que el asesoramiento prestado por mí, para prestación, propuesta o realización de todos los trabajos previos a la celebración del contrato de seguro solicitado por parte del mencionado tomador, se efectuará con arreglo al artículo 42.4 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, sobre la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo del riesgo/s presupuesto/s, así como de todas y cada una de las circunstancias y condiciones que por parte del tomador y/o asegurado, se me ha planteado previamente a la contratación del seguro deseado.

El asesoramiento, antes mencionado, se facilitará sobre la base del análisis de un número suficiente de contratos de seguros ofrecidos en el mercado en los riesgos objeto de cobertura, de modo que pueda formular una recomendación, ateniéndome a criterios profesionales, respecto del contrato de seguro, que sería más adecuado a las necesidades del cliente antes mencionado.

Del mismo modo, el tomador es informado que en ciertas ocasiones, para poder cumplir el asesoramiento con arreglo a la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo, se diseñará específicamente el seguro solicitado por parte de este Corredor de Seguros y negociado su contratación con al menos tres Entidades Aseguradoras, que operan en el mercado de los riesgos objeto de cobertura solicitados, todo ello en función de las características o necesidades generales del cliente y fundado en el criterio profesional de este Corredor de Seguros.

A modo de resumen final, este Corredor, basándose en las informaciones facilitadas por el tomador y/o asegurado, dará respuesta a todas y cada una de las exigencias y necesidades que el cliente me plantee en la solicitud de seguro, además de los motivos que justifican cualquier tipo de asesoramiento que pueda dar, sobre un determinado tipo de seguro, y que modularé en función de la complejidad del contrato de seguro propuesto.

A elección del tomador del seguro, toda la información proporcionada en virtud del artículo 42 de la Ley de Mediación se comunica a través de papel, de forma clara y precisa, comprensible para el cliente y en Lengua Española u otra cualquier Lengua acordada por las partes.

El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, dando cumplimiento al artículo 32.2 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, en el riesgo objeto de cobertura, la actividad mediadora la ejerce bajo la dirección de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN.

Esta información ha sido recogida por el corredor de acuerdo con las instrucciones del tomador o asegurado que suscribe, en cumplimiento del art. 42, 5 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, y es necesario para la prestación del servicio.

El Tomador o Asegurado

El Corredor.

Nombre: _____

DNI: _____

En MÁLAGA a _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Nº de propuesta de póliza: _____

Datos personales

Nombre y apellidos:		
Edad:	Nº Hijos:	DNI:

Defina su actual estado de salud	
<input type="checkbox"/>	Muy bueno
<input type="checkbox"/>	Bueno
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Malo
<input type="checkbox"/>	Muy malo

Defina sus hábitos	Sí	No
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso actual / Altura	kg	cm

Prevención

	Sí	No
¿Visita al dentista con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos anuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intervenciones quirúrgicas

¿Ha sido operado alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Declárelas
Fecha	Operación de	Secuelas		

Ingresos médicos

¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha	Motivo del ingreso	Días de ingreso	

Declare sus dos últimas visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista de

Padece alguno/s de los siguientes procesos o enfermedades

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología de Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vasectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligadura de Trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meniscopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología de la mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Litiasis (piedras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de fertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa las afirmaciones positivas que ha declarado

Intervenciones quirúrgicas pendientes		
¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica?	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique cuál/es		

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos. Igualmente, el solicitante y el candidato autorizan a cualquier médico que en el ejercicio de su profesión haya adquirido conocimientos o antecedentes de su estado de salud, a informar de los mismos a la Compañía, siempre que ésta lo requiera. El solicitante reconoce que no serán cubiertas aquellas enfermedades existentes con anterioridad al primer día de vigencia de la póliza.

De acuerdo con el Artículo 10º de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose la Compañía la facultad de rescindir automáticamente la póliza.

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante (Asegurado en su caso) consiente que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al mediador y, en su caso, al contratante colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero, así como su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en Avenida de Burgos nº 109, 28050 Madrid, donde el solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico.

Asimismo, autoriza que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora o Coaseguradora. Los datos que se recaben pueden ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Hecho y firmado en, a de de

FIRMA DEL SOLICITANTE

- En nombre propio
- Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

DNI:

Espacio reservado para Asesoría Médica			
Informes que debe presentar	Aceptada		Fecha:
	Rechazada		
	Exclusiones		
Fecha petición:			
Sobreprima	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Médico valorador			