SALUS
SEGUROS DE SALUD

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

PÓLIZA INDIVIDUAL

SOLICITUD Nº: PÓLIZA Nº:

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

APELLIDOS:_____NOMBRE:_____
N.I.F./C.I.F._____NACIONALIDAD:_____IDIOMA:_____
FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____TELÉFONO: (+34)_____TELÉFONO MÓVIL:_____
DOMICILIO:_____C.P.:_____
POBLACIÓN:_____PROVINCIA:_____FECHA EFECTO:_____
EMAIL: _____

SOLICITUD PERMISO DE RESIDENCIA: SI ☐ NO ☐

La información recabada cumple con lo establecido en el artículo 175.1 de la Ley de Distribución de seguros referido a la obligación de determinar las exigencias y necesidades del cliente con carácter previo a la celebración de un contrato de seguro.

CANAL DE DISTRIBUCIÓN

Colaborador:_____Código de agente _____

DATOS DE LOS ASEGURADOS

1	**Nombre y apellidos**		**Titular**	**Fecha nacimiento**	**Nacionalidad**	**DNI**	**Sexo**
	Teléfono móvil	**Email**					
2	**Nombre y apellidos**		**Parentesco titular**	**Fecha nacimiento**	**Nacionalidad**	**DNI**	**Sexo**
	Teléfono móvil	**Email**					
3	**Nombre y apellidos**		**Parentesco titular**	**Fecha nacimiento**	**Nacionalidad**	**DNI**	**Sexo**
	Teléfono móvil	**Email**					
4	**Nombre y apellidos**		**Parentesco titular**	**Fecha nacimiento**	**Nacionalidad**	**DNI**	**Sexo**
	Teléfono móvil	**Email**					

MODALIDAD DEL SEGURO QUE DESEA CONTRATAR

SALUS Esencial ☐ SALUS Premium ☐ SALUS Excellent ☒

SALUS Premium ADAPTA ☐ SALUS Excellent ADAPTA ☐ SALUS Dental ☐

Prima total anual: _____ €

Forma de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

DOMICILIACIÓN BANCARIA

El abajo firmante AUTORIZA a SALUS ASISTENCIA SANITARIA, S.A. DE SEGUROS, CIF A33603168, con carácter indefinido en tanto continúe en vigor el seguro contratado, para el cargo en la cuenta especificada de los recibos originados como consecuencia de la relación contractual entre las partes, de conformidad con la Ley 16 /2009 de Servicios de Pago.

IBAN				Entidad				Sucursal				D.C		Cuenta Corriente									

INFORMACIÓN PARA EL TOMADOR/ASEGURADO

Cláusula de información y consentimiento en materia de LOPD

El responsable del tratamiento de sus datos es SALUS ASISTENCIA SANITARIA, S.A. DE SEGUROS. Sus datos serán tratados con la finalidad de realizar la gestión y tramitación de seguros, prestar la asistencia sanitaria derivada de los mismos, así como la de llevar a cabo las gestiones de carácter contractual de la aseguradora con sus Clientes / Tomadores / Asegurados. A los fines indicados, y para el mejor cumplimiento y gestión de nuestros servicios, el tomador y/o beneficiario otorga, de manera libre y voluntaria, su consentimiento expreso para el tratamiento y conservación de los datos por él facilitados.

Con el fin de poder realizar su seguro, se le informa que se podrán ceder sus datos a otras aseguradoras con motivo del coaseguro o reaseguro del riesgo.

El beneficiario autoriza a la aseguradora para requerir de profesionales sanitarios, clínicas y hospitales que faciliten sus datos personales y concretamente los datos de salud, para la valoración de los riesgos a cubrir, prevención del fraude, atención de reclamaciones, gestión del seguro contratado y ofrecimiento de los servicios asistenciales.

La legitimación para el uso de sus datos está basada en la ejecución de un contrato. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Los datos serán destruidos una vez comunique su baja y/o finalizados los períodos legales de conservación, siendo en este caso un plazo de 10 años. No se llevarán a cabo transferencias internacionales de datos.

La aseguradora se compromete a guardar confidencialidad de los datos de carácter personal facilitados y a mantener las medidas técnicas y organizativas exigidas por la normativa de protección de datos, para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, sin perjuicio de que dichos datos, o el acceso al fichero que los contiene, puedan ser facilitados a aquellos órganos o entidades que, en virtud de una disposición legal, así lo exijan.

El tomador y/o beneficiario responderá, en cualquier caso, de la veracidad de los datos facilitados, reservándose la aseguradora el derecho a excluir de los servicios prestados a todo aquel que haya facilitado datos falsos o inexactos, sin perjuicio de las demás acciones legales que pudieran proceder.

Los datos objeto de tratamiento son necesarios para las finalidades indicadas, en cuyo caso no sería posible la prestación de nuestros servicios. En caso de oposición al tratamiento y/o cesión no podrá llevarse a cabo la contratación del seguro y la prestación del servicio. Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad o limitación del tratamiento, dirigiéndose a SALUS ASISTENCIA SANITARIA S.A. DE SEGUROS en la siguiente dirección: Calle Posada Herrera 1 Bis 1º OVIEDO 33002 ASTURIAS o en el correo electrónico protecciondatos@salus-seguros.com. Asimismo Ud. Puede revocar el consentimiento prestado dirigiendo un escrito a la dirección anteriormente indicada. Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados. Puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos escribiendo a dpdasturias@prodat.es.

Para resto de finalidades se recaba el consentimiento expreso.

COMUNICACIONES:

Envío de comunicaciones publicitarias a través de diferentes medios (sms, correo electrónico, ordinario u otros equivalentes) en donde le informaremos de servicios ofertados por nuestra compañía. SI ☐ NO ☐

Envío de comunicaciones publicitarias personalizadas a través de diferentes medios (sms, correo electrónico, ordinario u otros equivalentes) en donde le informaremos de servicios ofertados por nuestra compañía. SI ☐ NO ☐

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmado: EL TOMADOR