

No válido como cobertura provisional RD 7/2001 del 12/01

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

Nº PÓLIZA: PROCEDE DEL Nº: FECHA DE EFECTO:.....

NOMBRE DEL MEDIADOR O EMPLEADO:.....

MODALIDAD CONTRATADA:.....

OPCIONES DE COPAGO: 1 2 3 SIN COPAGO

FORMA DE PAGO: MENSUAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL

TOMADOR DEL SEGURO

NIF:..... NOMBRE Y APELLIDOS:

CIF:..... RAZÓN SOCIAL:

FECHA NACIMIENTO:..... ESTADO CIVIL:..... PROFESIÓN:

DOMICILIO: C. POSTAL:..... POBLACIÓN:.....

TELF. FIJO:..... TELF. MÓVIL:..... E-MAIL:

¿DESEA VD. SER ASEGURADO DE LA PÓLIZA?:

DATOS BANCARIOS: IBAN: - - - - ENTIDAD: - - - - OFICINA: - - - - DC: - - Nº CUENTA: - - - - - -

ASEGURADOS

1. NIF: NOMBRE Y APELLIDOS:

F. NACIMIENTO:..... PARENTESCO:..... ESTADO CIVIL:..... PROFESIÓN

E-MAIL:..... Móvil

2. NIF: NOMBRE Y APELLIDOS:

F. NACIMIENTO:..... PARENTESCO:..... ESTADO CIVIL:..... PROFESIÓN:

E-MAIL:..... Móvil

3. NIF: NOMBRE Y APELLIDOS:

F. NACIMIENTO:..... PARENTESCO:..... ESTADO CIVIL:..... PROFESIÓN:

E-MAIL:..... Móvil

4. NIF: NOMBRE Y APELLIDOS:.....

F. NACIMIENTO:..... PARENTESCO:..... ESTADO CIVIL:..... PROFESIÓN:

E-MAIL:..... Móvil

5. NIF: NOMBRE Y APELLIDOS:.....

F. NACIMIENTO:..... PARENTESCO:..... ESTADO CIVIL:..... PROFESIÓN:

E-MAIL:..... Móvil

¿FORMA PARTE DE ALGUNA UNIDAD FAMILIAR? SI NO

¿CUÁNTOS HIJOS TIENE CONVIVIENDO CON VD?

¿HA PERTENECIDO ANTERIORMENTE AL IGUALATORIO? SI NO

¿PERTENECE VD. A LA SEGURIDAD SOCIAL? SI NO

¿HA ESTADO ASEGURADO EN ALGUNA OTRA ENTIDAD MÉDICA? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO ¿NOS PUEDE INDICAR CUÁL?

MEDICO DE CABECERA QUE ELIGE, DR/A. D/ÑA.:

DIPLOMADO EN ENFERMERÍA D/ÑA.:

Le informamos que el cuestionario de salud que debe cumplimentar, es sumamente importante para la aceptación de la solicitud.

Artículo 10 Ley de Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de Octubre: “El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por el conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo”.

“El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro”.

Aprovechamos para indicarle que en el caso de sufrir algún padecimiento y/o haber tenido alguna intervención quirúrgica, deberá aportarnos informe médico de la misma.

Todos estos trámites evitarán que se retrase la contestación a la aceptación o denegación de la solicitud por parte de este IGUALATORIO CANTABRIA.

La presente Solicitud de Seguro será examinada por la Entidad, quién decidirá si procede o no la aceptación del riesgo, a la vista de los informes y demás datos que tenga para juzgar el caso, no cabiendo recurso alguno contra la decisión que adopte.

De conformidad con lo previsto en el Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y normativa complementaria, se le informa de que sus datos personales y los de los asegurados y/o beneficiarios que nos facilite para la solicitud de seguro (incluidos los datos de salud), así como los que nos facilite usted u otros terceros a lo largo de la relación, en su caso, serán tratados por Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, con domicilio en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander, e incorporados a un fichero de su titularidad, para el estudio de la concesión o denegación del seguro solicitado, el cumplimiento de la Ley 50/1980, de 5 de octubre, de Contrato de Seguro, y de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como demás normativa reguladora del sector de los seguros y reaseguros y en la normativa fiscal y otras aplicables, y la prevención del fraude, lo cual consiente. La base legal del tratamiento es la ejecución del servicio solicitado, el cumplimiento de la normativa previamente expuesta, el consentimiento y el interés legítimo en la prevención del fraude.

En caso de que se llegue a formalizar la póliza, dichos datos serán tratados para la formalización y gestión del desenvolvimiento de la póliza y prestación de los servicios sanitarios cubiertos por la misma, el cumplimiento de la normativa aplicable, la prevención del fraude, la colaboración estadístico actuarial para tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, lo cual usted consiente.

Asimismo, se informa de que los datos del tomador y de los asegurados/beneficiarios, incluidos los de salud, podrán ser comunicados a profesionales sanitarios, centros y hospitales médicos prestadores de la asistencia médica cubierta por la póliza y viceversa, con las finalidades previamente referidas, y a las entidades con las que Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración, para la formalización y cumplimiento de tales contratos, para todo lo cual se presta expreso consentimiento. Además, se le comunica que los datos personales del tomador y los asegurados y/o beneficiarios podrán cederse asimismo a instituciones y organismos públicos en los casos legalmente establecidos, a Juzgados y Tribunales y a encargados del tratamiento de Igualatorio Cantabria.

Por otro lado, se le hace saber que las llamadas que efectúe al teléfono de urgencias de Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros o a otros teléfonos de la empresa podrán ser grabadas en interés legítimo de ésta. Siempre que una llamada vaya a ser grabada se le advertirá de ello.

La bases legales de estos tratamientos son la formalización y cumplimiento del contrato de seguro de asistencia sanitaria, el cumplimiento de la Ley 50/1980 y Ley 20/2015 y demás normativa referenciada, el consentimiento, así como el interés legítimo en la prevención del fraude, la colaboración estadístico actuarial para tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la grabación de llamadas telefónicas.

Mediante la suscripción del presente documento, el tomador/asegurado/beneficiario presta su consentimiento a los referidos tratamientos o cesiones. Si se opusiera a los mismos o no nos facilitara los datos requeridos no podría hacerse efectiva la formalización de la póliza de salud, o su cobertura podría verse temporalmente suspendida.

Además, se le informa de que, al existir una relación comercial, Igualatorio Cantabria podrá remitirle al tomador por cualquier medio información comercial referente exclusivamente a bienes y servicios similares a los que contratados, siendo la base legal del tratamiento el interés legítimo de Igualatorio Cantabria en mantenerle informado y cumplir sus expectativas como cliente, sin perjuicio de que pueda oponerse al envío de tales comunicaciones en cualquier momento dirigiendo comunicación en tal sentido a protecciondedatos@igualatoriocantabria.es, o manifestándolo en el propio acto de firma del presente documento.

En caso de tratamientos basados en su consentimiento, se le informa de que usted podrá retirar el mismo en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.

Los datos personales (incluidos los de salud) que consten en la solicitud de seguro, en el cuestionario de salud, en la póliza de salud y los que se generen en relación con la asistencia sanitaria objeto de cobertura serán conservados por Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros hasta la extinción de la póliza y, a partir de entonces, hasta la prescripción de las responsabilidades derivadas del tratamiento y de la relación entablada, procediendo posteriormente a su destrucción o anonimización. No obstante, cuando la normativa lo exija, los datos podrán ser mantenidos para el cumplimiento de las obligaciones legales, así como para la prestación de servicios asistenciales cuando resultara necesario.

En el caso de que la póliza no llegue a formalizarse, el interesado autoriza a Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. a que conserve sus datos hasta que éste solicite su supresión.

Los interesados quedan informados de que, en caso de dudas sobre la protección de sus datos personales, podrán contactar con el Delegado de Protección de Datos de Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros en la dirección dpo@igualatoriocantabria.es

Asimismo, se les hace saber que podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos dirigiéndose por escrito al domicilio social de Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander o a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@igualatoriocantabria.es, adjuntando en ambos casos fotocopia de su DNI o documento oficial equivalente. En caso de no atenderse el ejercicio de los mencionados derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control.

El declarante garantiza que ha obtenido de los titulares de los datos personales que ha comunicado o comunique los consentimientos necesarios para autorizar, en su nombre, el tratamiento de tales datos por Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, así como la realización de las cesiones previamente referidas, habiéndoles informado expresamente de todos los extremos contenidos en el presente documento y en los demás relacionados, incluida la posibilidad de ejercitar los derechos que legalmente les corresponden. En este sentido, declara que los mismos han sido informados de la comunicación de sus datos a Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros.

Asimismo, manifiesta que los datos proporcionados son exactos y que cuenta con autorización de los asegurados y beneficiarios para que Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros pueda informarle de las prestaciones sanitarias realizadas a los asegurados, así como remitirle cualquier otra comunicación atinente o relacionada con la póliza que pueda incluir datos de los asegurados o beneficiarios. Para más información, consulte nuestra Política de Protección de Datos en <https://igualatoriocantabria.es/>.

En caso de que se llegue a formalizar la póliza, dichos datos serán tratados con la finalidad de gestionar el desenvolvimiento y mantenimiento de la póliza y la prevención del fraude en seguros, lo cual usted y los terceros cuyos datos nos facilite consienten. Los datos del tomador y de los asegurados, incluidos los de salud, podrán ser comunicados a profesionales sanitarios, centros y hospitales médicos prestadores de la asistencia médica cubierta por la póliza y viceversa, para la facturación de la prestación sanitaria objeto de cobertura, y a las entidades con las que Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración, para la formalización y cumplimiento de tales contratos, para todo lo cual se presta expreso consentimiento. Además, se le comunica que los datos personales del tomador y los asegurados y/o beneficiarios podrán cederse asimismo a instituciones y organismos públicos en los casos legalmente establecidos.

Las bases legales de estos tratamientos son la formalización y cumplimiento del contrato de seguro de asistencia sanitaria, el cumplimiento de la Ley 50/1980 y Ley 20/2015, y el consentimiento. En el caso de la prevención del fraude, las bases legales del tratamiento son el cumplimiento de la Ley 20/2015, el consentimiento y el interés legítimo.

Mediante la suscripción de la presente solicitud de seguro, el tomador y asegurado y/o beneficiario presta su consentimiento a los referidos tratamientos o cesiones. Si se opusiera a los mismos podría no hacerse efectiva la formalización de la póliza de salud, o su cobertura podría verse temporalmente suspendida.

En caso de tratamientos basados en su consentimiento, se le informa de que usted podrá retirar el mismo en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.

Si no se llegara a formalizar la póliza de seguro solicitada, se autoriza a que Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. conserve los datos personales hasta que se solicite la supresión de los mismos.

En caso de que sí se formalice la póliza, los datos personales (incluidos los de salud) que consten en la solicitud de seguro, en el cuestionario de salud, en la póliza de salud, los que nos faciliten terceros o usted y los que se generen en relación con la póliza y la asistencia sanitaria objeto de cobertura serán conservados por Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros hasta la extinción de la póliza y, a partir de entonces, hasta la prescripción de las responsabilidades derivadas del tratamiento y de la relación entablada. No obstante, cuando la normativa lo exija, los datos podrán ser mantenidos para el cumplimiento de las obligaciones legales, así como para la prestación de servicios asistenciales cuando resultara necesario.

Los interesados quedan informados de que, en caso de dudas sobre la protección de sus datos personales, podrán contactar con el Delegado de Protección de Datos de Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros en la dirección dpo@igualatoriocantabria.es. Asimismo, se les hace saber que podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos dirigiéndose por escrito al domicilio social de Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander o a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@igualatoriocantabria.es, adjuntando en ambos casos fotocopia de su DNI o documento oficial equivalente. En caso de no atenderse el ejercicio de los mencionados derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control.

El solicitante declara y garantiza que ha obtenido de los titulares de los datos personales que ha comunicado o comunique los consentimientos necesarios para autorizar, en su nombre, el tratamiento de tales datos por Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, así como la realización de las cesiones previamente referidas, habiéndoles informado expresamente de todos los extremos contenidos en el presente documento y en los demás relacionados, incluida la posibilidad de ejercitar los derechos que legalmente les corresponden. En este sentido, declara que los mismos han sido informados de la comunicación de sus datos a Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros.

Asimismo, el solicitante manifiesta que los datos proporcionados son exactos y que cuenta con autorización de los terceros cuyos datos se han proporcionado para que Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros pueda informarle al tomador de las prestaciones sanitarias realizadas a los asegurados, así como remitirle cualquier otra comunicación atinente o relacionada con la póliza que pueda incluir datos de los asegurados o beneficiarios.

Santander, a de de 20.....

EL TOMADOR,

INFORMACIÓN ADICIONAL: (A RELLENAR POR EL IGUALATORIO)

OBSERVACIONES DEPARTAMENTO ACTUARIAL CONTRATACIÓN:

.....
.....
.....

OBSERVACIONES DIRECCIÓN GENERAL:

.....
.....
.....

SOLICITUD RECIBIDA EL:

ACEPTADA/DENEGADA CON FECHA: