

SOLICITUD DE SEGURO SURNE ACCIDENTES



Fecha de efecto

N SSA-04/20

DATOS ASEGURADO

Nombre Apellido 1 Apellido 2
DNI Fecha de nacimiento Autónomo Por cuenta ajena
Profesión Grupo de riesgo (a cumplimentar por SURNE)
Domicilio Población Provincia C.P.
Teléfono fijo Teléfono Móvil E-mail

TOMADOR (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO)

Nombre o Razón Social NIF
Domicilio Población Provincia C.P.
Fecha de nacimiento Teléfono E-mail
Relación con asegurado

PRESTACION SOLICITADA

	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	24.000€	36.000€	48.000€
INVALIDEZ ABSOLUTA POR ACCIDENTE (incluida invalidez parcial según Baremo)	24.000€	36.000€	48.000€
GASTOS SEPELIO	3.000€	3.000€	3.000€
	€ 25 Año	€ 50 Año	€ 74 Año

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA COBERTURA POR FALLECIMIENTO

Por partes iguales Por orden preferente y excluyente que se indica Otros (indicar % de reparto)

Sr./Sra.: DNI %
Sr./Sra.: DNI %

En caso de fallecimiento del Asegurado, y en ausencia de designación expresa hecha por el mismo, regirá el orden de prelación preferente y excluyente que se establece a continuación: 1) Cónyuge 2) Hijos o descendientes por partes iguales 3) Padres 4) Hermanos 5) Herederos

REQUISITOS

Revisión médica en función de la edad y cobertura a contratar
Declaración de salud
Fotocopia del DNI y/o CIF

RECARGOS

¿Conduce motos con cilindrada superior a 125 CC?
Sí No

FORMA DE PAGO

ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL Recibo mínimo mensual: 30€ Prima mínima anual: 100€

DATOS PARA DOMICILIACIÓN BANCARIA (IBAN)

COD.ES ENTIDAD OFICINA DC Nº CUENTA
ES

En, a fecha FIRMA
(Asegurado) (Tomador)

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE: Surne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE") FINALIDAD: Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro / Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE / Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar. LEGITIMACIÓN (BASE JURÍDICA): Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro / Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción / Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones. DESTINATARIOS: Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. / Corredores de seguros / Profesionales médicos / Organismos públicos / Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda. TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES: Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos. CATEGORÍAS DE DATOS Y PROCEDENCIA: Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro / Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados). DERECHOS: Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional. INFORMACIÓN ADICIONAL: Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en <http://www.surne.es/es/privacidad.htm>

DECLARACIÓN DE SALUD ABREVIADA SURNE ACCIDENTES



Fecha de efecto ____ / ____ / ____

Mediador

DATOS PERSONALES

Nombre Apellido 1 Apellido 2
DNI Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Profesión
Situación Laboral Cta Ajena Cta. Propia Mixta Teléfono: Email:

NO OLVIDE FECHAR Y FIRMAR, ASÍ COMO CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS. EN FUNCION DE SUS RESPUESTAS SE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Altura: cm Peso: Kgs.

- ¿Padece Usted de, diabetes, cáncer, SIDA, afecciones cardiacas, cardiovasculares o circulatorias, o ha sido diagnosticado de alguna otra dolencia física, psíquica o psicológica? Sí No
- ¿Tiene alguna minusvalía, malformación, deformación, o anomalía congénita o adquirida? Sí No
- ¿Ha tramitado o está tramitando una solicitud de invalidez? Sí No
- ¿Está Usted calificado de minusválido/invalido, está tramitando en estos momentos o tiene previsto presentar algún tipo de expediente de Invalidez ante la Seguridad Social o ante alguna aseguradora? Sí No
- ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización? (por favor indique importe y coberturas) Sí No

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas, facilite información detallada a continuación:

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

TIPO DE TRABAJO

Trabajo Manual	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Corrientes eléctricas de más de 380 voltios	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Uso de maquinaria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trabajos en alturas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Uso de herramientas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trabajos con carga o esfuerzo físico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Empleo de materias explosivas, corrosivas o cortante	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Viaja más de 40.000 km/año en automóvil	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

ACTIVIDAD DEPORTIVA Y AFICIONES

¿QUE DEPORTES REALIZA? AFICIONADO FEDERADO PROFESIONAL ¿Cuál?
¿Conduce motos con cilindrada igual o superior a 500 cc? Sí, sólo como medio de transporte Sí, motociclismo No

Producto no contratable para profesiones especialmente peligrosas, como por ejemplo pilotos, trabajadores en altura, o con explosivos, bomberos, mineros, buzos, cuerpos especiales de Policía o deposita profesionales o actividades deportivas de riesgo....etc.

En cualquier de estos casos, dirijase por favor a SURNE (www.surne.es) para poder valorar el riesgo.

En a de de 20.....

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA / SELLO DE LA CORREDURÍA

Mediante la suscripción del presente documento declara haber sido informado de que todos sus datos personales facilitados en este documento, incluidos los de salud, así como la restante información que pueda proporcionar 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 Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (c/ Gardoqui, 1 Bilbao - Vizcaya). Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para la gestión y liquidación de siniestros, así como a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. 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 sobre otros productos o servicios de SVRNE, de cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE o de terceras empresas dedicadas o no a actividades de aseguramiento y previsión social con las que SVRNE haya firmado acuerdos de distribución de seguros y productos de previsión social.

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 SVRNE 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 conforme al procedimiento general establecido al efecto.