

DATOS PERSONALES	
Nombre y apellidos:	N.I.F.:
F. Nto.:	E. Civil:
Actividad Profesional:	Especialidad:
Domicilio:	
Localidad:	C.P.:
Provincia:	
Teléfono Part.:	Teléfono Trabajo:
Beneficiarios, Nombres y N.I.F.:	

COBERTURA SOLICITADA	
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 75	
• FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE85	75.000,00€
• Hospitalización por Accidente85	75€ noche *
• Otras Fracturas según baremo	
PRIMA TOTAL ANUAL	438€
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 50	
• FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE85	50.000,00€
• Hospitalización por Accidente85	50€ noche *
• Otras Fracturas según baremo	
PRIMA TOTAL ANUAL	292€
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 25	
• FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE85	25.000,00€
• Hospitalización por Accidente85	25€ noche *
• Otras Fracturas según baremo	
PRIMA TOTAL ANUAL	146€

FECHA EFECTO:/...../..... FORMA DE PAGO: Anual Semestral Trimestral

* LIMITE HOSPITALIZACIÓN 60 NOCHES

DECLARACIÓN DE SALUD	
1) ¿Ha sido Usted diagnosticado de osteoporosis o fractura patológica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
2) ¿Tiene alguna invalidez o secuelas graves?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
3) ¿Ha sufrido Usted algún tipo de fractura en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
4) ¿Ha sido Usted diagnosticado de cáncer, sida, cardiopatía isquémica, accidentes cardiovasculares, artropatías crónicas o patologías que requieran trasplantes o hemodiálisis (o cualquier otro tipo de diálisis)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____
Si ha respondido afirmativamente alguna de estas preguntas, por favor, especifique:	
.....	
.....	

El que suscribe, solicita acogerse a los beneficios de la Póliza **SurneAccidentes** contratado por la Entidad abajo citada, con sujeción a las condiciones generales y particulares de la póliza arriba mencionada, y designa como Beneficiario de las garantías de fallecimiento a la persona cuyo nombre y parentesco indica en la línea correspondiente. A falta de designación expresa o, en caso de que al producirse el fallecimiento del Asegurado, no viviera el Beneficiario designado, la Compañía satisfaría el Capital Asegurado, de acuerdo con el siguiente orden de prelación: 1º Al cónyuge, 2º A los hijos del Asegurado, 3º A los padres del Asegurado o al sobreviviente de ambos, 4º A los hermanos del Asegurado, 5º A los derecho habientes del Asegurado.

El Asegurado declara que son ciertas y sinceras las contestaciones, y no haber omitido, disimulado ó desvirtuado antecedentes o dolencia alguna. Así mismo autoriza a la Compañía emisora de la póliza a solicitar cuantas informaciones médicas puedan ser de su interés, relevando a médicos u hospitales de guardar secreto profesional.

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 para 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.

En a de 20....

Firma Asegurado