

☐ Alta de Póliza	☐ Modificación de Datos Indique el nº de póliza y cumplimente solo los datos a modificar	Tipo de Póliza:	
Producto base:		Nombre del Distribuidor:	Código del Distribuidor:
Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A.U.).			

Nº Asegurados:	Fecha de Efecto de la Póliza (DD/MM/AAAA)	/	/
----------------	---	---	---

TOMADOR DEL SEGURO

NIF/NIE/CIF/PTE:		N.º de Póliza	
Nombre y Apellidos / Razón Social:			Fecha de Nacimiento / /
Sexo:	Estado civil:	Nacionalidad:	
Domicilio:	N.º:	Piso:	Esc.: Puerta:
Población:	Provincia:	Código Postal:	
Profesión:	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	
Correo electrónico:			
¿Desea ser Asegurado de la Póliza? ☐ Si Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?			

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental:	☐			
Indemnización Hospitalización:	☐ 30€/día	☐ 60€/día	☐ 90€/día	
Accidentes:	☐ 10.000€	☐ 20.000€	☐ 30.000€	

ASEGURADO 1 (Distinto de Tomador)

NIF/NIE/CIF/PTE:		N.º de Póliza	
Nombre y Apellidos / Razón Social:			Fecha de Nacimiento / /
Sexo:	Estado civil:	Nacionalidad:	
Domicilio:	N.º:	Piso:	Esc.: Puerta:
Población:	Provincia:	Código Postal:	
Profesión:	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	
Correo electrónico:			
Relación con el Tomador: Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?			

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental:	☐			
Indemnización Hospitalización:	☐ 30€/día	☐ 60€/día	☐ 90€/día	
Accidentes:	☐ 10.000€	☐ 20.000€	☐ 30.000€	

ASEGURADO 2

NIF/NIE/CIF/PTE:		N.º de Póliza	
Nombre y Apellidos / Razón Social:			Fecha de Nacimiento / /
Sexo:	Estado civil:	Nacionalidad:	
Domicilio:	N.º:	Piso:	Esc.: Puerta:
Población:	Provincia:	Código Postal:	
Profesión:	Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	
Correo electrónico:			
Relación con el Tomador: Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?			

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental:	☐			
Indemnización Hospitalización:	☐ 30€/día	☐ 60€/día	☐ 90€/día	
Accidentes:	☐ 10.000€	☐ 20.000€	☐ 30.000€	

ASEGURADO 3

NIF/NIE/CIF/PTE:		N.º de Póliza			
Nombre y Apellidos / Razón Social:		Fecha de Nacimiento / /			
Sexo:	Estado civil:		Nacionalidad:		
Domicilio:	N.º:		Piso:	Esc.:	Puerta:
Población:	Provincia:		Código Postal:		
Profesión:	Teléfono Fijo:		Teléfono Móvil:		
Correo electrónico:					
Relación con el Tomador:		Si procede de otra sociedad médica, ¿puede decirnos cual?			

Garantías opcionales en productos modulares de salud. Capitales Asegurados

Dental:	☐		
Indemnización Hospitalización:	☐ 30€/día	☐ 60€/día	☐ 90€/día
Accidentes:	☐ 10.000€	☐ 20.000€	☐ 30.000€

ORDEN DE DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Titular de la Cuenta Bancaria (Tomador):	
IBAN: _____	
Forma de pago:	☐ Mensual ☐ Bimestral ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

COPAGOS (solo aplicable a pólizas con copagos)

¿Los copagos se cobran en la misma cuenta que la prima?	☐ Si ☐ No
Orden de Domiciliación de Adeudo Directo SEPA	
Titular de la cuenta Bancaria:	
IBAN: _____	

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Si tu respuesta es “SI” en ambas finalidades, solo tienes que marcar esta casilla ☐	
Para que ASISA me remita información personalizada de empresas del Grupo ASISA y otras empresas con las que colabora.	Si ☐
Para que ASISA comunique mis datos a las empresas del Grupo ASISA y colaboradoras, con la finalidad de que me informen de sus productos y servicios. La lista de las empresas colaboradoras está a disposición del cliente en https://www.asisa.es/politica-de-proteccion-de-datos/terceros .	Si ☐

Responsable	ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.
Finalidad	- Atender, gestionar y ejecutar la prestación de servicios de tu solicitud de seguro. - Recibir comunicaciones personalizadas de ASISA sobre sus seguros y servicios propios así como realizar encuestas de opinión.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de tus datos se encuentra en la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA, el cumplimiento de obligaciones legales, en el interés legítimo, así como en el consentimiento.
Destinatarios	- Entidades, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras, en caso de haber obtenido tu consentimiento.
Derechos	Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, así como oponerte al envío de comunicaciones electrónicas a través del buzón DPO@grupoasisa.com
Información adicional	Puedes dirigirte al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: https://www.asisa.es/informacion-adicional-rgpd

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la Información Previa a la Contratación del seguro contenida en esta solicitud y en el Documento de Información sobre el producto de seguro al que se refiere la solicitud.

En _____, a _____ de _____ de 20____
Firma del tomador:

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

N.I.F./N.I.E.:

Peso (kg.):

Talla (cm.):

Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

1. ¿Ha sido ingresado en algún centro sanitario en los últimos 10 años, o tiene previsto hacerlo? (*) ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente, o tiene previsto hacerlo? (*) ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

(*) Salvo secuelas o complicaciones, no es preciso declarar las hospitalizaciones o intervenciones por los siguientes motivos: amigdalectomía, adenoidectomía, apendicectomía, cesárea, parto, ligadura de trompas, quistes sebáceos o lipomas, vasectomía, fimosis, orzuelos/chalazión o cirugía correctora agudeza visual.

3. ¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral o cáncer? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo, cuáles y la/s fecha/s de diagnóstico:

4. ¿Tiene o ha tenido algún síntoma, dolor o alteración de forma persistente, periódica o reiterada, o está bajo control o seguimiento médico por algún motivo? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

5. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión o alteración de los siguientes tipos?

5.1 Cardíaca, vascular, pulmonar o respiratoria (p. ej.: hipertensión, arritmias, insuficiencia cardíaca o circulatoria, varices, asma, enfisema, trombosis...). No es preciso reflejar catarros o gripes, salvo que hayan precisado hospitalización o generado secuelas. ☐ SI ☐ NO

5.2 Metabólica (del sistema endocrino) o del aparato digestivo (p. ej.: del hígado o páncreas, úlcera gastroduodenal, hernias, diabetes, tiroideas...). ☐ SI ☐ NO

5.3 Reumatológicas, óseas o musculares (p. ej.: artritis, artrosis, escoliosis, hernia discal, fibromialgia, lupus, esclerodermia, enfermedad muscular, secuelas de traumatismos, psoriasis...). ☐ SI ☐ NO

5.4 Del sistema nervioso, de los ojos o de los oídos (p. ej.: migrañas, epilepsia, Parkinson, parálisis, Alzheimer, glaucoma, degeneración macular, pérdida de visión, TDAH...). No es preciso reflejar miopía (con menos de 8 dioptrías en cada ojo), astigmatismo, hipermetropía y/o presbicia. ☐ SI ☐ NO

5.5 Hematológicas o de la coagulación (p. ej.: tromboembolismo, anemia, hemofilia, leucemia...). ☐ SI ☐ NO

5.6 Del Riñón, tracto urológico y genital, o ginecológicas (p. ej.: insuficiencia renal, alteraciones de la próstata, cólicos nefríticos, de transmisión sexual, ginecológicas -de mama, útero, ovarios...). ☐ SI ☐ NO

5.7 Psiquiátricas (p. ej.: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad psicosis, esquizofrenia...). ☐ SI ☐ NO

5.8 Infecciosas (p. ej.: hepatitis, covid-19, tuberculosis, parasitosis, septicemia, enfermedades tropicales...). ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

6. ¿Toma alguna medicación? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique cuál, dosis y frecuencia (pauta):

7. ¿Consume/ha consumido alcohol o drogas? ¿Fuma o ha fumado? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique tipo, cantidad consumida y frecuencia:

8. ¿Tiene lesiones o secuelas de una enfermedad, alteración congénita o hereditaria, malformaciones o accidente? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

9. ¿Tiene reconocida o está en proceso de valoración de alguna minusvalía o incapacidad? ☐ SI ☐ NO
En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

ASISA elude la asistencia derivada de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados, conforme al presente cuestionario, así como de sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, en relación con el contenido del presente cuestionario, a que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el artículo 10 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 ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

Información básica sobre protección de datos.

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

Nombre y firma D./Dña.:

☐ En nombre propio

☐ Como contratante de la póliza o familiar mayor de edad

N.I.F./N.I.E.:

En

a

de

de 20

EPÍGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS S.A.U.
Finalidad	El estudio de la viabilidad para la contratación de una póliza de seguro.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de sus datos se encuentra en la aplicación de medidas precontractuales entre el tomador y ASISA.
Destinatarios	- Personas, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio web www.asisa.es.
Derechos	Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado.
Información adicional	Puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: www.asisa.es

Espacio reservado para asesoría médica

Médico valorador:

Adm. Producción:

Informes médicos que debe aportar para la contratación

Observaciones:

MODELO DE NOMBRAMIENTO DEL CORREDOR
COMO MEDIADOR EN TODOS SUS RIESGOS
MANDATO AL CORREDOR.

Señores,

Por medio del presente escrito otorgo nombramiento, en favor de su Correduría de Seguros Baelo S.L., para la mediación de mis riesgos.

Este nombramiento les faculta para llevar a cabo la gestión integral de las pólizas ante las Compañías Aseguradoras con las que en la actualidad tengo contratados mis riesgos, tanto en lo relativo a la negociación de sus cláusulas y condiciones económicas, como en lo referente a la asistencia en el caso de siniestro. Ello, sin perjuicio de que, tras estudiar mis riesgos, puedan solicitar cotizaciones, negociar y contratar, con aquellas otras entidades aseguradoras que Vds consideren más idóneas, las coberturas que preciso para mi adecuada protección, así como rescindir las póliza vigentes, en defensa de mis intereses.

Precisamente por lo anterior, les autorizo expresamente al tratamiento de mis datos personales con las finalidades antedichas.

El citado nombramiento es esencialmente revocable, de forma tal que, quedará sin efecto, a partir del momento en que así se lo comunique mediante el correspondiente escrito de revocación, momento en el que deberán cancelar mis datos personales.

Igualmente, les participo que me reservo los derechos que me asisten, de acceso, rectificación y cancelación de mis datos personales, mediante comunicación que les remitiré a la dirección indicada.

Atentamente

Fdo: (El cliente)
Fecha

INFORMACION PREVIA A FACILITAR AL CLIENTE BAELO CORREDURÍA DE SEGUROS

- Realizamos la actividad de distribución de seguros en representación del cliente facilitándole asesoramiento basándose en un análisis objetivo y personalizado según dicta la Ley de distribución de seguros y reaseguros privados, garantizando así la protección de los derechos de los clientes.
- Para su conocimiento, y a los efectos legalmente prevenidos en la ley de distribución de seguros le informamos que éste/a corredor/correduría de seguros:
 - Cumple con todos los requisitos establecidos en la Ley, estando inscrito/a en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y sus Altos Cargos con el número de **clave J3014**., que puede Vd comprobar en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones www.dgsfp.mineco.es
 - Tiene suscrita póliza de Responsabilidad Civil Profesional nº FF20ACAZ-3014-15 con LLOYDS** y dispone de capacidad financiera legalmente establecida, todo ello en cumplimiento de lo dispuesto de la Ley de distribución de seguros y reaseguros privados
 - Cuenta con un departamento de atención al cliente externalizado, encargado de atender y resolver sus quejas y reclamaciones, a través de **AUNNA ASOCIACION DE EMPRESARIOS CORREDORES DE SEGUROS**, cuyos datos son los siguientes: **AUNNA DEPARTAMENTO DE ATENCION AL CLIENTE** en C/ Doctor Fleming 53 28036 Madrid atencionalcliente@aunnaasociacion.es , telf 910339615.
 - La correduría como responsable del tratamiento, tiene establecido el tratamiento de sus datos de carácter personal, de conformidad con lo previsto en el Reglamento General de Protección de Datos de la UE, que pone a su disposición en documento a parte donde consta la política informativa.
 - La naturaleza de la remuneración recibida en relación con el con el contrato seguro se establece en forma de comisión y es abonada por la Entidad Aseguradora.
- Esta correduría carece de vínculos de participación social con compañías aseguradoras en ambos sentidos. Los corredores/corredurías de seguros, son los únicos profesionales facultados para asesorarle desde la más estricta independencia e imparcialidad, respecto de las entidades aseguradoras. Es por ello, que el asesoramiento que sometemos a su consideración ha sido basado en un análisis objetivo, consistente en analizar de forma generalizada contratos de seguros ofrecidos por un número suficiente de entidades aseguradoras que operan en el mercado, considerando qué corresponde a su petición dentro de una valoración de méritos para buscar una correcta recomendación personalizada de cobertura a sus requerimientos y necesidades.
- El corredor/correduría informa igualmente al cliente del contenido del artº 21 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, de forma tal que las comunicaciones que el mediador curse a la aseguradora surtirán los mismos efectos como si las realizara el propio interesado (tomador).

Mediante el presente escrito, y en méritos del principio de autonomía de la voluntad de las partes, el cliente otorga consentimiento expreso y autoriza al corredor/correduría para que éste pueda solicitar cotizaciones, modificar o rescindir los contratos de seguros en vigor y mediar y celebrar en su nombre nuevos contratos de seguro, para la mejor protección de los derechos del cliente.
- Antes de la contratación de un producto distinto del seguro de vida el corredor ofrecerá siempre El documento de información previa sobre el producto (IPID) y que usted tiene derecho a solicitar.

CLAUSULA DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES 2021

(Datos personales del cliente)

D.
CIF/NIF:
Domicilio (C.P.):
Teléfono Fijo/móvil:
Email:

En cumplimiento del derecho de información establecido en el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 y el artículo 11 de la LOPDGDD 3/2018 se le facilita la siguiente **INFORMACIÓN** relativa a los datos personales objeto del tratamiento.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS

Identidad	BAELO ASESORES S.L.
CIF	B90024498
Dirección Postal	CL SAN VICENTE DE PAUL Nº 3 LOCAL S/N. 41010-SEVILLA
Teléfono	954 04 77 52
Correo electrónico	info@baelo.net

FINALIDADES BASADAS EN MISION DE INTERES PUBLICO Y OBLIGACIONES LEGALES

El Real Decreto – Ley 03/2020, que incorpora la Directiva de Distribución de Seguros Privados, o cualquier norma que la sustituya en un futuro, autoriza al Corredor para tratar los datos de las personas que a ellos se dirijan, sin necesidad de su consentimiento:

- Antes de celebrar el contrato: para ofrecerles asesoramiento independiente, profesional e imparcial, y facilitar dichos datos a la entidad aseguradora o reaseguradora con la que fuese a celebrarse el correspondiente contrato.
 - Después de celebrado el contrato: para facilitar al tomador, al asegurado y al beneficiario del seguro la información que reclamen sobre cualquiera de las cláusulas de la póliza y, en caso de siniestro, a prestarles su asistencia y asesoramiento
- Igualmente, en caso de pólizas de vida o inversión el artículo 32 bis de la Ley 10/2010 de Prevención del Blanqueo de Capitales y Prevención del terrorismo, obliga a realizar acciones de diligencia debida de los titulares.
- Todas demás finalidades tienen base legítima en su consentimiento, tanto las propias del contrato que suscribe con esta Correduría como la/s póliza/s que en su caso se formalicen. Igualmente, su consentimiento es la base de los tratamientos publicitarios que Vd. autorice, sin que en ningún caso la retirada de ese consentimiento condiciones la ejecución del contrato de Mediación.

FINALIDADES BASADAS Y CONSENTIMIENTO

- A. **Autorizo** a que mis datos personales sean recogidos y tratados con las siguientes finalidades:
 Mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento, así como para prestarme asesoramiento financiero, incluido el análisis de mi perfil personal.
 Gestionar la contratación de pólizas de seguro y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan.
☐ SI ☐ NO
- B. **Autorizo**, para los supuestos de extinción o modificación de cualquiera de los contratos de seguro o productos financieros en cuya mediación ha intervenido esta correduría, a realizar nuevos tratamientos de los datos para nuevos análisis de perfil de riesgo, para solicitar cotizaciones, y en su caso dar de baja, modificar o celebrar nuevos contratos de seguro o productos financieros, incluyendo la comunicación de los datos personales a otras entidades aseguradoras o financieras distintas.
☐ SI ☐ NO
- C. **Autorizo** para tratar los datos de salud, en la medida necesaria para los productos o servicios que así lo requieran como pólizas de vida, o gestión de siniestros.
☐ SI ☐ NO
- D. **Autorizo** el tratamiento de mis datos para recibir información y publicidad por cualquier medio (mail, sms, fax, carta, etc.) sobre productos o servicios relacionados con la actividad aseguradora y financiera que se considere sea de mi interés. Esta autorización se entiende concedida, aunque no llegue a formalizarse una póliza de seguros.
☐ SI ☐ NO

La información de carácter personal será objeto de tratamiento mientras esté vigente la relación contractual con las entidades objeto de intermediación, y una vez extinguida ésta, se conservará durante el plazo legal de responsabilidad (actualmente cinco años según prescripción tributaria o diez en los casos previstos en materia de prevención de blanqueo).

Ello no obsta la posibilidad de los tratamientos autorizados por Vd. para los supuestos de nuevas contrataciones, ni los tratamientos para finalidades publicitarias, conservándose esta información mientras Vd. no ejercite su derecho de supresión u oposición y posteriormente durante los plazos legales de reclamación (actualmente tres años según RGPD).

En base a la información facilitada, se realizan análisis de su perfil personal al objeto de prestarle un eficaz asesoramiento. Los datos proporcionados a las Compañías o entidades pueden ser tratados por las mismas al objeto de adoptar decisiones automatizadas, en base a sus estadísticas de análisis de riesgos. En tal caso, se trataría de decisiones permitidas por la normativa, al ser necesaria para la celebración de un contrato con la compañía o entidad.

DESTINATARIOS

Los datos personales sólo serán comunicados a terceros para cumplir con las obligaciones legales, por ejemplo, a la Administración Tributaria, o a las entidades aseguradoras en la medida necesaria para las cotizaciones de seguros, suscripción de pólizas o ejecución las mismas, comunicación precisa para la ejecución del contrato de Mediación. Igualmente, en aquellos casos que la normativa lo determina, se comunicarán al Ministerio de Justicia como organismo encargado del Registro de Contratos de Seguro. O bien al Servicio Ejecutivo de Prevención de Blanqueo de Capitales en el cumplimiento de sus obligaciones legales.

En el caso de que se soliciten cotizaciones o contraten pólizas con entidades aseguradoras extranjeras fuera del Espacio Económico Europeo, las transferencias internacionales de los datos estarán amparadas por su consentimiento en base al Reglamento Europeo de Protección de Datos.

DERECHOS

Cualquier persona tiene derecho a revocar su consentimiento inicial, a solicitar el acceso a los datos personales que le conciernen, a solicitar su rectificación o supresión, a solicitar la limitación de su tratamiento, a oponerse a su tratamiento (si hay interés público o interés legítimo) y/o el derecho a la portabilidad de los datos.

En todos los casos podrá ejercer sus derechos por correo electrónico dirigido a info@baelo.net acompañado de documento de identidad.

Cualquier persona puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, estando los formularios disponibles en la web www.agpd.es en caso de considerar que sus derechos no han sido satisfechos.

Respecto a las finalidades de tratamientos publicitarios autorizadas por su consentimiento, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a la retirada.

El firmante es informado de cuanto antecede, entiende la política de privacidad y sus finalidades, y otorga al efecto su consentimiento en las finalidades marcadas, tal y como exige el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679

En , a de 202

Cliente:
 NIF/CIF: