

AGENCIA	TARIFA	FECHA ALTA	COBRADOR	PRESENT.1	PRESENT.2	RECIBOS		
44			175			PERIODICIDAD	FORMA DEPAGO	DIA DE COBRO
							Recibo Bancario	1

DATOS DEL TOMADOR

APELLIDO 1º	APELLIDO 2º	NOMBRE	N.I.F.	CORREO ELÉCTRICO	
DIRECCIÓN		LOCALIDAD	PROVINCIA		C. POSTAL
DIRECCIÓN DE COBRO		LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	TELÉFONO

PÓLIZA

RELACIÓN DE ASEGURADOS

	DATOS PERSONALES						DECESOS		COMPLEMENTARIO		ACCIDENTES		HOSPITALIZACIÓN		PROCEDENCIA
	N.I.F.	APELLIDO 1º	APELLIDO 2º	NOMBRE	EDAD	FECHA NAC.	CAPITAL	PRIMA	CAPITAL	PRIMA	CAPITAL	PRIMA	CAPITAL	PRIMA	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

Designación de beneficiados para el seguro de accidentes

1
2
3
4

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Mediador :



Firma del Tomador:

• Mediante su firma, el firmante declara haber informado y recabado el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados y/o beneficiarios para que sus datos sean incorporados en el presente cuestionario y sean tratados conforme a la política de privacidad que se facilita.
tomador del seguro confirma que sabe que cualquier inexactitud, omisión u ocultación en sus declaraciones, que sirven como base del contrato, puede ser causa de nulidad del seguro, así mismo que son correctas las edades de los asegurados relacionados y que éstos gozan de buen estado de salud.

DATOS DEL SEGURO	CAPITAL	PRIMA
Decesos		
Complementario		
Asistencia en Viaje		
2º Opinión Médica		
Accidentes		
Hospitalización		
TOTAL		

Impuestos repercutibles incluidos en el importe de la prima.

Declaración de estado de salud

1- ¿Se encuentra usted y los demás asegurados actualmente en buen estado de salud?

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
X	X							

2- ¿Está usted o alguno de los demás asegurados sometidos a algún tipo de tratamiento o medicación?, ¿cuál?, ¿motivo?.

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
	X							

3- ¿Ha acudido usted o alguno de los demás asegurados al médico en los últimos 12 meses por problemas cardiacos, del sistema respiratorio u oncológicos?.

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
	X							

4- ¿Ha estado usted o alguno de los demás asegurados hospitalizados en el último año o va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente?

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
	X							

En caso de contestar afirmativamente a las preguntas 2, 3 y 4, deberá ampliar información sobre la misma indicando tipo de enfermedad, tratamiento seguido, médico o centro donde fue atendido, etc.

El tomador/solicitante del seguro manifiesta que son ciertas las anteriores respuestas, tanto en lo referente a las circunstancias y estado de salud del mismo, como del resto de los asegurados incluidos en la solicitud, reconociendo su validez y efectos según lo previsto en el artículo 10º de la Ley del Contrato de Seguro, aunque el cuestionario no haya sido cumplimentado personalmente por el mismo, asumiendo las respuestas contenidas que resultan averdadas con su firma y manifestando que no existe ocultación de hechos que pudiera influir en la valoración del riesgo.

Por favor, antes de firmar, debe leer la información sobre protección de datos que se presenta junto a este documento.

Mediante su firma, el firmante declara haber recabado el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados para que sus datos de salud sean incorporados en el presente cuestionario y sean tratados conforme a la política de privacidad que se facilita.

En _____ a _____ DE _____ de _____

Firma: _____

NIF/NIE _____

ORDEN DOMICILIACION DE ADEUDO DIRECTO SEPA

LA FE PREVISORA COMPANIA DE SEGUROS S.A.

C/Elduayen, 32. 36202 Vigo. Pontevedra
C.I.F.:A-36601052

Referencia de la orden de domiciliación _____

Identificador del acreedor _____

Datos del deudor _____

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Código Postal - Población - Provincia _____

País _____ ESPAÑA

Código Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)

Número de Cuenta

Tipo de Pago _____ Pago recurrente Pago Único

Fecha: _____
EN SEVILLA A DE DE

Firma:



Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adueñar en su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de acreedor. Como parte de sus derechos el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

SOLICITUD DE ADHESIÓN AL ÁREA CLIENTES DE FE SEGUROS

D./Dña. _____, con D.N.I. nº _____,
MANIFIESTA su voluntad expresa de beneficiarse de las ventajas adicionales que ofrece FE Seguros a sus asegurados al contratar el seguro de decesos, ventajas tales como FE Salud, Ofertas Club, y SOLICITA recibir su tarjeta de socio.

Fecha:

Firma:



- Los datos de carácter personal que nos facilita a través del presente formulario serán tratados por La Fe Previsora Compañía de Seguros, S.A. con la finalidad de gestionar su solicitud y gestionar los beneficios o servicios asistenciales que le corresponden como asegurado.
- Los datos personales se conservarán mientras exista un interés mutuo y Ud. no se oponga al tratamiento y, en todo caso, mientras estemos obligados a su conservación en cumplimiento de una obligación legal.
- Mediante la firma del presente documento, con las finalidades descritas, autoriza a FE Seguros para que pueda ceder sus datos a las empresas que prestan todas estas ventajas o servicios asistenciales y con las que FE Seguros tiene suscritos acuerdos de colaboración. La comunicación de sus datos resulta necesaria para poder prestarle los servicios asistenciales adicionales a su seguro de decesos.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable del tratamiento: La Fe Previsora Compañía de Seguros, S.A.

Con domicilio en Calle Elduayen, 32. 36202 Vigo - Correo electrónico: protecciondatos@fe-seguros.com

Las finalidades principales del tratamiento de sus datos son:

- Evaluar y delimitar el riesgo.
- Ejecución y mantenimiento del contrato de seguro celebrado.
- Envío de comunicaciones comerciales y promocionales sobre productos y servicios propios de La Fe Previsora Compañía de Seguros, S.A.

Legitimación - Tratamos sus datos de carácter personal sobre la base de:

- Ejecución del contrato de seguro entre el tomador y La Fe Previsora Compañía de Seguros, S.A.
- Su consentimiento (para el envío de comunicaciones comerciales).

Destinatarios - Podrán tener acceso a sus datos:

- Entidades colaboradoras para gestionar las protecciones de la póliza y servicios de asistencia, incluidos los supuestos de reaseguro.
- Proveedores de servicios a los que recurra La Fe Previsora Compañía de Seguros, S.A., por ejemplo, peritos, agentes o corredores.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional: Puede obtener información adicional sobre nuestras políticas de protección de datos, poniéndose en contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica: protecciondatos@fe-seguros.com

Deseo recibir información comercial de los otros productos y servicios de La Fe Previsora Compañía de Seguros S.A.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

El tomador y los asegurados quedan Informados de que los datos personales que suministren en la solicitud de seguro, incluidos los datos de salud suministrados en la declaración de estado de salud, así como todos aquellos datos que nos pudieran facilitar posteriormente durante la vigencia de la relación contractual entre ambas partes, y aquellos otros a los que la entidad tenga acceso como consecuencia de la relación, serán tratados de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos, por lo que se facilita la siguiente información acerca del tratamiento de sus datos:

1. Responsable: El responsable del tratamiento de los datos personales recogidos con motivo de los servicios y/o productos solicitados es La Fe Previsora Compañía de Seguros, SA con domicilio en Calle Elduayen, 32, C.P. 36202 de Vigo, y correo electrónico: protecciondatos@fe-seguros.com

2. Necesidad del tratamiento: La comunicación de los datos personales constituye un requisito contractual necesario para la ejecución del contrato, debiendo los interesados facilitarlos y quedando Informados desde este momento de que las consecuencias de no facilitar tales datos pueden suponer la imposibilidad de firmar el contrato, su ejecución e, incluso, la resolución del mismo.

3. Declaración de veracidad de la información facilitada: El tomador del seguro y los asegurados, reconocen y declaran expresamente que las contestaciones realizadas en la declaración de estado de salud son exactas y veraces, quedando Informados que el mencionado cuestionario se formula y cumplimenta al amparo de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, siendo conocedores de que las reservas o declaraciones Inexactas pueden dar lugar a exoneración de las obligaciones por parte de la entidad aseguradora y a la rescisión del contrato de seguro. Asimismo, el interesado deberá comunicar a La Fe Previsora Compañía de Seguros, SA cualquier modificación de sus datos de carácter personal a fin de que la entidad aseguradora pueda mantenerlos debidamente actualizados. En todo caso, se considerarán exactos los datos recogidos y facilitados directamente por el tomador del seguro y/o asegurado.

4. Finalidades del tratamiento: Las finalidades del tratamiento de los datos son evaluar y delimitar el riesgo, prevenir e investigar el fraude, así como para llevar a cabo el correcto desarrollo, control y mantenimiento de la relación contractual.

Asimismo, en caso de que consenta a través de la marcación de la casilla que se facilita, sus datos serán tratados con la finalidad de remitirle información sobre la compañía y sus productos y servicios, sean de carácter general o adaptadas a su perfil particular y/o características personales, perdurando su autorización incluso una vez concluida su relación con la entidad aseguradora, en tanto no sea revocada. En este sentido, el tomador y asegurado autorizan a La Fe Previsora Compañía de Seguros, SA para que pueda tratar y mantener los datos personales facilitados como consecuencia de la solicitud de un contrato o de la contratación de productos o servicios, con el fin de elaborar o segmentar perfiles, mediante técnicas automáticas que utilicen datos actuales, históricos o estadísticos, así como para la valoración del riesgo y presentación de nuevas propuestas o aceptación de nuevas solicitudes, perdurando su autorización incluso si el contrato no llegara a celebrarse o una vez finalizada la relación contractual con la entidad aseguradora, en tanto no sea revocada.

5. Legitimación del tratamiento: La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro suscrito entre La Fe Previsora Compañía de Seguros, S A y el tomador. Asimismo, el envío de comunicaciones comerciales se basa en el consentimiento que se le solicita, sin que en ningún caso la retirada del consentimiento condicione la ejecución del contrato.

6. Plazo de conservación de los datos: Sus datos personales se conservarán durante el periodo de vigencia del contrato de seguros y, en todo caso, mientras estemos obligados a su conservación en cumplimiento de una obligación legal, durante los plazos de prescripción de acciones previstos en la normativa mercantil y civil para la atención de las posibles responsabilidades que pudieran derivarse de la relación contractual y comercial. Asimismo, en caso de que consenta a través de la marcación de la casilla que se facilita, conservaremos sus datos para poder ofrecerle productos y servicios de LA FE mientras exista un Interés mutuo y no solicite su supresión u oposición al tratamiento.

7. Destinatarios de los datos: Para el cumplimiento de las garantías contratadas, el tomador del seguro y los asegurados quedan Informados y autorizan expresamente a La Fe Previsora Compañía de Seguros, SA para que sus datos personales, incluidos los de salud, puedan ser comunicados a los siguientes terceros (i) autoridades tributarias o judiciales cuando exista una obligación legal para la Compañía; (ii) aquellas entidades con las que la compañía aseguradora establezca vínculos de colaboración en los supuestos de los servicios señalados en la póliza, autorizando a la entidad aseguradora para que se dirija a los mismos si fuese necesario para la obtención de los Indicados datos, los cuales serán tratados con el debido deber de confidencialidad. Incluyendo, sin limitación, los supuestos de coaseguro, reaseguro, cesión de cartera o gestión de la póliza y/o del siniestro, así como servicios de asistencia; (iii) y a cualesquiera otros terceros a quienes la Compañía hubiera encargado algún servicio relacionado con la finalidad del tratamiento, siempre cumpliendo para ello los requisitos establecidos por la legislación vigente. Entre estos terceros pueden estar nuestros proveedores de servicios de TI, peritos o agentes. Asimismo, el tomador y/o asegurado manifiesta su conformidad con la cesión de sus datos personales a ficheros comunes con la finalidad de prevención del fraude en el seguro, y proceder a la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial para poder llevar a cabo la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora de acuerdo con lo establecido en el art. 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

8. Derechos: como titulares de los datos, el tomador y asegurados quedan informados de que pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, a no ser objeto de decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, y cuando legalmente proceda, portabilidad, dirigiéndose por escrito al Delegado de Protección de Datos de La Fe Previsora Compañía de Seguros, S.A., acompañando una fotocopia del documento nacional de identidad e indicando el derecho que ejercitan.

La solicitud por escrito deberá ser remitida al Delegado de Protección de Datos, en la dirección postal Calle Elduayen, 32, C.P. 36202 de Vigo; o a la dirección electrónica: protecciondatos@fe-seguros.com

En cualquier caso, los interesados quedan informados del derecho que les asiste a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es), cuando consideren que no han obtenido satisfacción por parte del responsable del tratamiento, en el ejercicio de sus derechos.

Asimismo, se inform a expresamente al interesado de la posibilidad que le asiste de revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para recibir comunicaciones comerciales. Para ello puede escribir a la dirección de correo electrónico: protecciondatos@fe-seguros.com, indicando en el Asunto "Baja Comunicaciones Comerciales".

En caso de que los datos personales se faciliten por persona distinta del titular de los mismos, mediante la firma de la presente solicitud, el/los firmante/s declara/n haber informado de las circunstancias relativas al tratamiento de datos y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/beneficiarios para el tratamiento de datos de carácter personal.