

## **COLECTIVO SALUD Sección Sindical CCOO Banco Sabadell OPERATIVA Y NORMATIVA A SEGUIR**

¡Bienvenido a GRUPO PACC!

Hemos realizado esta guía donde explicamos los pasos para su inclusión al Colectivo de Salud así como las normas para su buen funcionamiento.

### **INFORMACIÓN DEL PRODUCTO Y ATENCIÓN AL ASEGURADO**

De cara a un mejor servicio para aclarar cualquier cuestión referente a la oferta, podrán contactar con nuestra Oficina en el teléfono 93.453.22.60 o bien mediante correo electrónico [ccoobs@grupopacc.es](mailto:ccoobs@grupopacc.es). Acompañamos presentación del producto.

### **TRAMITACIÓN ALTA**

Para tramitar su alta de inclusión deberá rellenar la "**Solicitud de Adhesión**" teniendo presente la fecha de Alta/Efecto así como los campos de datos personales del Titular y de lo/s Asegurado/s. Queremos llamar la atención sobre la importancia de indicar el móvil y correo electrónico.

Por otro lado, deberá cumplimentar la **ORDEN DE DOMICILIACIÓN** así como el documento de **INFORMACIÓN PREVIA AL CLIENTE** donde se contempla el apartado de Protección de Datos. Una vez cumplimentada y firmada, rogamos la envíen al fax 93.451.96.79 o por correo electrónico [ccoobs@grupopacc.es](mailto:ccoobs@grupopacc.es) para su trámite teniendo presente que las altas recibidas antes del **día 15 del mes** se realizarán con efecto día 1 del mes siguiente y con fecha posterior con efectos día 1 del segundo mes siguiente.

La documentación original se debe enviar a CCOO, CPI.6518.

Recordamos que el titular de la póliza debe ser el afiliado a CCOO debiendo adjuntar junto con la solicitud el último recibo pagado al Sindicado.

Aquellas personas que tengan actualmente otro seguro de salud y deseen causar baja para ser alta en este, contacten con Grupo Pacc.

### **CUESTIONARIO DE SALUD**

Se deberá rellenar el cuestionario de salud con todos los documentos debidamente cumplimentados y firmados.

### **TRAMITACIÓN DE BAJAS**

Para tramitar la petición de baja, deberá hacerse por escrito y firmado por el titular haciendo llegar el mismo por fax 93.451.96.79 o por correo electrónico a [ccoobs@grupopacc.es](mailto:ccoobs@grupopacc.es). Teniendo presente que las bajas recibidas antes del **día 15 del mes** se realizarán con efecto día 1 del mes siguiente y con fecha posterior con efectos día 1 del segundo mes siguiente.

En caso de causar baja de afiliado en CCOO de Banco Sabadell, la persona será dada de baja en la póliza al mes siguiente al de su conocimiento.

### **DEVOLUCIONES**

Los recibos que sean devueltos sin notificación previa de anulación, serán comunicados al asegurado **vía correo electrónico** enviado por Grupo Pacc para que se proceda a regularizar esta anomalía en un **plazo máximo de 7 días** mediante transferencia a GRUPO PACC S.A.

Una vez transcurrido estos 7 días sin que haya sido regularizada, procederemos a comunicar a CCOO y a Adeslas SegurCaixa la **anulación de la póliza en 48 horas**.

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de solicitud \_\_\_\_\_ N° Póliza \_\_\_\_\_

Alta  Baja  Modificación

N° Certificado \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_ Efecto \_\_\_\_\_ Envío de documentación  Empresa  KAM  Cliente

Clave Mediador 1 \_\_\_\_\_ Clave Mediador 2 \_\_\_\_\_

**Datos del Titular**

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio: Tipo de Vía \_\_\_\_\_ Nombre de Vía \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer N° de empleado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Desea que el Titular sea Asegurado de la Póliza?  Si  No ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza \_\_\_\_\_

Forma de pago  Mensual  Trimestral  Bimestral  Semestral  Anual Cuenta corriente \_\_\_\_\_

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

**Datos Asegurados**

Número de Asegurados \_\_\_\_\_

**1)** Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza \_\_\_\_\_

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

**2)** Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza \_\_\_\_\_

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

**3)** Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo  Hombre  Mujer Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ ¿Solicita Exención de Carencias?  Si  No

¿Dispone de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? N° de Póliza \_\_\_\_\_

Producto \_\_\_\_\_ Complementos adicionales \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** **IMPORTANTE: Los asegurados declaran que a la fecha de firma de esta solicitud no han sido diagnosticados de Procesos Oncológicos (con diagnóstico menor de 10 años), Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Diabetes Mellitus, Obesidad Mórbida, Síndrome de Down, Espina Bífida, Tetralogía de Fallot, Arteroesclerosis, Cardiopatía Isquémica, Enfermedades Cerebrovasculares y Enfermedad Hipertensiva Maligna, Fibrosis Pulmonar, Enfermedad Obstructiva Crónica, Insuficiencia Renal Crónica, Hepatopatías Crónicas, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Esquizofrenia, Retraso Mental, Trastornos Bipolares, Artritis Reumatoide, distrofias Musculares, Lupus Sistémico, Dermatosis sistémicas, Espondilitis Anquilopoyética, Hemofilia, Anemia Falciforme.**

Resolución Solicitud:  ACEPTADA  RECHAZADA  EXCLUSIONES

Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales incluidos en la presente póliza para la gestión del seguro, salvo que se indique lo contrario en este formulario o en revocación ulterior, Ud. consiente expresamente que sus datos personales de contacto (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), puedan ser utilizados por SegurCaixa Adeslas S.A. de Seguros y Reaseguros para las siguientes finalidades: (i) para la promoción publicitaria y para ofrecerle productos y servicios comercializados por nuestra entidad o por otras entidades colaboradoras y cuya contratación pudiera resultarle de interés, aun en el caso de que la póliza se extinga por cualquier causa, y (ii) para la aplicación de técnicas estadísticas para la elaboración de perfiles y segmentación de datos al objeto de que las comunicaciones comerciales a que se refiere el punto anterior se efectúen con criterios de previa selección.

El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente.

Si no aceptase tal utilización de sus datos personales podrá indicarlo así, marcando la casilla correspondiente de este formulario sin que tal oposición o negativa impida la efectividad de su seguro.

No acepto la utilización de mis datos personales con fines de promoción publicitaria

En todo caso, Ud. podrá ejercer posteriormente y en cualquier momento, en los términos previstos en la legislación aplicable, los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente a nuestra compañía, mediante solicitud escrita y firmada, acreditando su identidad, dirigida a la dirección del domicilio social de cualquiera de estas entidades.

**INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL CLIENTE**

En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con NIF.: A-28011864 y domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española.

Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

**1.** El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. **2.** El Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo. **3.** El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

# Cuestionario de salud

Nombre del Colectivo    Nº Certificado

Número de Solicitud



Nº Póliza

DATOS DE INTERÉS SANITARIO		TITULAR		ASEGURADO 1		ASEGURADO 2		ASEGURADO 3	
		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos		Nombre y Apellidos	
		Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura
Nº	Nº PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
	a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día
	¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
	¿Consume o ha consumido estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto
		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES	
		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado		<input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado	

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

IMPRESINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a ADESLAS para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes. ADESLAS podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, ADESLAS queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el Contrato de Seguro, el Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados por ADESLAS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales, así como a las entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento del seguro, y para atender los siniestros que acontezcan a lo largo de la vigencia de la póliza, autorizando para ello a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste. Asimismo el tomador y el asegurado autorizan a ADESLAS para el tratamiento de sus datos personales, excluidos los relativos a su salud, aun después de finalizada la relación contractual, con la finalidad de remitirles información por correo postal o por cualquier otro medio, sobre los productos y servicios comercializados por ADESLAS, por empresas integrantes de su grupo societario o por otras entidades colaboradoras, así como para contactar para la realización de encuestas de satisfacción, programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de COMPAÑÍA DE SEGUROS ADESLAS, S.A. calle Príncipe de Vergara, 110 de Madrid 28002. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer ADESLAS de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Fecha

Firma

S.R.E.F. 60/06

## ORDEN DE DOMICILIACION

### MANDATO DE ADEUDO DIRECTO SEPA

REFERENCIA (NIF/CIF): \_\_\_\_\_

### TOMADOR DEL SEGURO-DEUDOR:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

### ENTIDAD ACREEDORA:

GRUPO PACC CORREDURIA DE SEGUROS, S A..

Plaza de la Constancia, 2 bajo.

14006 CORDOBA.-

CIF: A-14289128

### Identificador:

**Tipo de Pago:** Recurrente.

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el Cliente/Deudor autoriza a GRUPO PACC CORREDURIA DE SEGUROS, S.A. a enviar instrucciones a la Entidad del Deudor para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de GRUPO PACC CORREDURIA DE SEGUROS, S.A.

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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Firma



## INFORMACION PREVIA AL CLIENTE

### SOLICITANTE / TOMADOR

--

### TIPO SEGURO

COLECTIVO SALUD CCOO BANCO SABADELL
-------------------------------------

### FECHA

DE	DE
----	----

### INTRODUCCIÓN

Tal como prescribe la actual Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados en su artículo 42, seguidamente pasamos a proporcionarle información respecto a Grupo Pacc así como nuestra recomendación y análisis objetivo.

Igualmente le informamos que Grupo Pacc carece de vínculos de participación con Compañías Aseguradoras y que tenemos concertados seguros de Responsabilidad Civil y Caución de acuerdo a la legislación vigente.

### PRESENTACIÓN GRUPO PACC

Grupo Pacc Correduría de Seguros S.A. con C.I.F. A-14.289.128, tiene su domicilio Social en Córdoba, Plaza de la Constancia nº 2 bajo, inscrita el 19 de Abril de 1.991 en el Registro Mercantil de Córdoba, Tomo 465, Folio 1, Inscripción 1ª, Hoja CO-818 y en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número J – 430.

### SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Le manifestamos que Grupo Pacc dispone de un Servicio de Atención al Cliente para cualquier queja y/o reclamación. Su funcionamiento, actividad y competencias se regulan en el “Reglamento para la Defensa del Cliente” que se encuentra a disposición de quien lo requiera.

Podrá dirigirse a este servicio a través de la Web “www.grupo-pacc.es”, en el apartado de “Atención al Cliente”, mediante correo electrónico “clientes@quejasyreclamaciones.com” o bien en el apartado de correos 2053, 28080 Madrid.

### ANÁLISIS OBJETIVO

Nuestro análisis objetivo consiste en el estudio de un número suficiente de contratos de seguros ofrecidos en el mercado sobre el riesgo objeto de cobertura, teniendo en cuenta la información aportada por el cliente.

Como Correduría de Seguros y de acuerdo al análisis objetivo, la oferta presentada es el resultado del asesoramiento independiente y objetivo, de acuerdo a nuestros criterios profesionales, así como nuestra experiencia de más de 20 años en el mercado.



## PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. El Solicitante / Tomador del seguro autoriza a Grupo Pacc Correduría de Seguros, S.A. al tratamiento de sus datos personales, incluidos los de salud, a fin de cumplir con las obligaciones derivadas de la relación mantenida con nuestra empresa respecto al asesoramiento e intermediación de todo lo relacionado con sus pólizas de seguros, y comunicarlos a las entidades aseguradoras con las que se vaya a suscribir las mismas. En caso de que como tomador facilite datos de terceros, se entenderá que tiene consentimiento para ello.

Asimismo, mediante la firma de este documento y salvo que haga constar su deseo en contra en el párrafo siguiente, el Solicitante/Tomador del seguro autoriza a Grupo Pacc, al tratamiento de sus datos de carácter personal para el ofrecimiento de productos por parte de esta Correduría.

Marque si procede:  No autorizo a Grupo Pacc al ofrecimiento de otros productos.

Dichos tratamientos se entenderán autorizados en tanto no comunique por escrito o por cualquier otro medio que permita acreditar su identidad, la revocación de los mismos. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito, mediante carta certificada, adjuntando fotocopia de su D.N.I. al responsable del fichero: Grupo Pacc, S.A., Plaza de la Constancia, 2 bajo – 14006, Córdoba.

Asimismo, el Solicitante otorga su consentimiento expreso a Grupo Pacc para que, en su nombre, esta pueda modificar o rescindir el contrato o contratos de seguro en vigor y/o suscribir un nuevo contrato velando en todo momento por los intereses del CLIENTE.

Igualmente el solicitante autoriza a Grupo Pacc para que pueda ceder sus datos personales, excluidos los relativos a su salud, a la Sección Sindical del CCOO del Grupo Banco Sabadell con la finalidad de verificar la afiliación al Sindicato del titular de la póliza.

La baja de afiliación a CCOO de Banco Sabadell comporta la baja automática del seguro colectivo de salud nº 666016267 de Adeslas al mes siguiente de su conocimiento.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 201\_

Leído y Conforme

El Solicitante / Tomador del Seguro