

RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA · LOS CAMPOS MARCADOS CON * SON OBLIGATORIOS.

PLAN DE SALUD

Cigna Salud Plena	Cigna Salud One	Cigna Reembolso	Cigna Salud Selección	Otro producto
<input type="checkbox"/> Con Copagos	<input type="checkbox"/> Con Copagos	<input type="checkbox"/> Blue	<input type="checkbox"/> Cirugía	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sin Copagos	<input type="checkbox"/> Sin Copagos	<input type="checkbox"/> Gold 80%	<input type="checkbox"/> Hospitalización	
<input type="checkbox"/> Cigna Dental (opcional)	<input type="checkbox"/> Cigna Dental (opcional)	<input type="checkbox"/> Gold 90%	<input type="checkbox"/> Consultas	
		<input type="checkbox"/> Cigna Dental (opcional)		

FECHA DE ALTA*

___/___/___ (Completar con el mes para el que se solicita el alta)

TITULAR (TOMADOR DE LA PÓLIZA)

¿Tienes actualmente contratado un seguro de Asistencia Sanitaria con Cigna? Sí No

¿Ha estado asegurado con Cigna en los últimos 5 años? Sí No

Apellidos* _____

Nombre* _____ NIF* _____

Domicilio* _____

Población* _____ CP* _____ Provincia* _____

Teléfono móvil* _____ Otro teléfono _____ E-mail* _____

Fecha de nacimiento* _____ Profesión _____ Sexo* H M

¿Has estado cubierto con otro Seguro de Enfermedad o Asistencia durante los últimos 12 meses? Sí No

¿Con qué entidad? (Adjuntar 12 últimos recibos o certificados de Aseguramiento detallando cobertura) _____

FAMILIARES DEPENDIENTES (Rellenar si se contrata cobertura familiar)

Apellidos y nombre ¹	Parentesco (Cónyuge, hijo,...)	Fecha de nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo (H/M)	Cobertura en los últimos meses ²	NIF

¹ Indicar apellidos y nombre como deseen que aparezcan en sus tarjetas identificativas Cigna.

² Adjuntar 12 últimos recibos o certificados de Aseguramiento detallando cobertura.

DATOS BANCARIOS DEL TITULAR (TOMADOR DE LA PÓLIZA)*

IBAN: _____

El titular de la cuenta bancaria (Tomador del seguro) autoriza, mediante la firma del presente documento, la domiciliación bancaria de los recibos de prima que la Aseguradora le presente al cobro.

OBSERVACIONES/COBERTURAS ADICIONALES/COMENTARIOS

MEDIADO POR (SI APLICA)

PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España (Cigna) - directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados en la modalidad de Servicios Médicos Concertados - antes y a lo largo de la relación aseguradora - se incluirán en ficheros de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es Cigna. Su tratamiento queda expresamente autorizado para los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Servicios Médicos Concertados) a profesionales y centros que participen en la prestación de la asistencia sanitaria, entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago. Asimismo queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por Cigna o sociedades de su mismo grupo (Cigna European Services (UK) Limited, Sucursal en España) a quienes les pueden ser cedidos. En particular, los datos personales serán utilizados para el envío de comunicaciones publicitarias, promocionales o de contenidos relacionados con la relación aseguradora, incluidas las comunicaciones comerciales electrónicas, a los efectos del artículo 21 de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información, y para la gestión de sus clientes por parte de Cigna, al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil y de realizar, en su caso, modelos valorativos, todo ello sin perjuicio del derecho del afectado de manifestar expresamente su negativa al tratamiento o la comunicación de sus datos personales no directamente relacionados con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual, en los términos señalados a continuación. Cigna le asegura que los datos personales que nos facilite serán tratados conforme a la normativa de protección de datos de carácter personal. Le señalamos igualmente que Cigna podría transferir sus datos únicamente para la mejor realización de la finalidad para la que usted nos los cede a entidades que colaboran con esta compañía que pueden estar ubicadas en lugares donde el nivel de protección de los datos personales no sea del todo equivalente al existente en la Unión Europea. Sepa que usted puede, siempre que lo desee, pedir el detalle de esas compañías colaboradoras. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 -Edificio 14- Planta Baja, 28223, Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en proteccion.datos@cigna.com. En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de sus datos en los ficheros antes mencionados, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de Datos de Carácter Personal. En caso de rechazo de la solicitud de contratación, los datos se conservarán durante 5 años para prevención e investigación del fraude.

AVISO IMPORTANTE DE PROTECCIÓN DE DATOS

Si usted o sus familiares dependientes ha/n estado asegurado/s con Cigna en los últimos cinco (5) años previos a la suscripción de esta póliza, le informamos que para poder proceder al alta de su seguro y el de sus familiares dependientes es necesario el desbloqueo de los datos automatizados que pudieran continuar registrados a todos los efectos legales, en los sistemas informáticos de la compañía. De no consentir el desbloqueo de los datos, no se podrá proceder al alta en el seguro. Si cualquiera de los familiares dependientes fuera mayor de edad, este consentimiento deberá prestarlo en el cuestionario de salud.

INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

Conforme a lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su normativa de desarrollo, Cigna le proporciona la siguiente información previa a la suscripción contratación de su contrato de Seguro:

a. Que la ley aplicable a este contrato de seguro es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. b. Que el contrato de seguro se celebra con Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, con domicilio en Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 - Edificio 14 - Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón, Madrid. Que Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España, es una sucursal de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, compañía privada de responsabilidad limitada constituida bajo la Ley Belga, con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenberg, 52, Bruselas, entidad sometida a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica, estando igualmente sometida a dicho regulador, como entidad aseguradora que opera en España en Régimen de Derecho de Establecimiento, en materia relativa a liquidación. c. Que para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el seguro, el Beneficiario, Asegurado o derechohabiente de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución:

(i) Por escrito al Servicio de Incidencias de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1, Edificio 14, Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón - Madrid, o en la dirección de correo electrónico servicio.incidencias@cigna.com. (ii) Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Servicio de Incidencias del Asegurador, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición. (iii) En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 57 y siguientes del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 60/2003 de 23 de diciembre, de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los tribunales, el Tomador del Seguro, el Asegurado y Beneficiarios podrán reclamar, en virtud del artículo 119 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras ante la Dirección General de Seguros si consideran que el Asegurador ha realizado prácticas abusivas o ha lesionado los derechos derivados del contrato de seguro.

El abajo firmante solicita la inclusión de la/s persona/s indicada/s en los apartados "Titular" y/o "Familiares Dependientes" en la Póliza arriba referida, cuya Cobertura y Condiciones Generales declaran conocer y aceptar expresamente.

Firma del Asegurado Titular
(tomador de la póliza)*

Firma del Mediador (si aplica)

Fecha*

El tomador de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento toda la información requerida en el artículo 96 LOSSEAR y artículos 122, 123 y 126 ROSSEAR (Estado miembro y Autoridad de control, legislación aplicable, instancias de reclamación, criterios aplicables en la renovación de la póliza y actualización de primas en periodos sucesivos). Asimismo, declara conocer y mostrar su conformidad con las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados, incluidas expresamente las que aparecen en los artículos 1, 2, 3 y 4 de las Condiciones Generales, así como en nombre de todos los asegurados a incluir en el seguro, lo cual ratifica expresamente con su firma el Asegurado Titular. El Tomador del Seguro manifiesta haber facilitado a los Asegurados y facilitará a eventuales futuros Asegurados, con anterioridad a su inclusión en el seguro, la anterior información, así como cualquier otra que afecte a los derechos y obligaciones de los mismos en virtud de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la Póliza, y especialmente la relativa a la información y consentimiento del tratamiento de datos de carácter personal (artículo 8.3 de las Condiciones Generales).