

Plan de Salud

Cigna Salud Plena	Cigna Salud Reembolso	Cigna Salud Selección	Cigna Salud Dental
Con copagos Sin copagos Cigna Dental (opcional)	Titanium Plus Gold 80% Gold 90%	Asistencia Médica Ambulatoria	Dental franquiciado

Fecha de alta

_____ (Completar con el mes para que se solicite el alta)

Titular (Tomador de la póliza)*

¿Tienes actualmente contratado un seguro de Asistencia Sanitaria con Cigna Healthcare? ☐ 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*	Parentesco (Cónyuge, hijo...)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Sexo (H/M)	Teléfono / email	NIF

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

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

Limitación de 300 caracteres

Protección de datos

Responsables del tratamiento: Los datos personales (incluyendo datos de salud) que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados faciliten 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, serán tratados por y bajo la responsabilidad de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España ("Cigna").

Finalidad del tratamiento: Cigna trata los datos personales para formalizar y gestionar la póliza de seguro, cumplir con las obligaciones contractuales (incluido el tratamiento de datos de salud por parte de profesionales sanitarios cuando sea necesario para la prestación de servicios asistenciales), gestionar el coaseguro o el reaseguro, tramitar siniestros y prevenir y combatir el fraude. Cigna también trata datos personales para realizar análisis estadísticos y actuariales necesarios para la tarificación y selección de riesgos, así como para mejorar la calidad y eficiencia de sus servicios aseguradores.

Base jurídica del tratamiento: La base legal es la ejecución del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa aplicable.

Destinatarios: Los datos personales podrán ser compartidos con entidades del Grupo Cigna, aseguradoras, coaseguradoras y sistemas relevantes con fines relacionados con el seguro. Dicho tratamiento puede implicar transferencias internacionales de datos realizadas con las garantías adecuadas para asegurar una protección consistente.

Derechos: Si desea acceder, rectificar, suprimir o limitar el tratamiento de sus datos personales, oponerse a su tratamiento o ejercer su derecho de portabilidad, puede enviar una solicitud por escrito a la dirección del responsable del tratamiento: Parque Empresarial La Finca, Pº del Club Deportivo, I - Edificio I4 - Primera Planta, 28223, Pozuelo de Alarcón, Madrid. También puede llamar a Cigna al 900 101 348, o enviar un correo al DPO en CDPR@Cigna.com.

Le informamos que tiene derecho a recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de datos a través de su página web www.agpd.es. Para más información, consulte nuestra Política de Privacidad y Protección de Datos [aquí](https://www.cignasalud.es/privacidad-y-proteccion-de-datos) o en <https://www.cignasalud.es/privacidad-y-proteccion-de-datos>.

Aviso importante en materia 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 sus datos, incluidos los de salud, que pudieran continuar registrados a todos los efectos legales, en los archivos de esta compañía. De no consentir el desbloqueo de los datos, no se podrá proceder al alta en el seguro. El envío a Cigna del presente documento firmado, implicará la aceptación expresa del contenido de esta cláusula.

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, I - Edificio I4 - Planta Primera, (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, Plantin en Moretuslei 309, 2140 Amberes, 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 I, Edificio I4, Planta Primera, (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 declara conocer y aceptar expresamente.

Conformidad

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).