

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

### CIGNA SALUD DENTAL (opcional)

Sí, quiero añadir Cigna Salud Denal en mi póliza.

### 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

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

### FAMILIARES DEPENDIENTES (Rellenar si se contrata cobertura familiar)

Apellidos y nombre <sup>1</sup>	Parentesco (Cónyuge, hijo,...)	Fecha de nac. (dd/mm/aaaa)	Sexo (H/M)	NIF

<sup>1</sup> Indicar apellidos y nombre como deseen que aparezcan en sus tarjetas identificativas Cigna.

### OBSERVACIONES/COBERTURAS ADICIONALES/COMENTARIOS

## PROTECCIÓN DE DATOS

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España ("Cigna"), tratará los datos relativos al solicitante/tomador (en caso de pólizas individuales), asegurado y beneficiario (conjuntamente, el "Interesado"), en calidad de responsable del tratamiento, para las finalidades y según las bases legitimadoras que se indican a continuación: (a) la gestión de la solicitud y/o contrato de seguro; (b) el cumplimiento de obligaciones legales; y (c) prevención e investigación del fraude, con base en el interés legítimo. Los datos del Interesado (incluidos los de salud) serán recabados directamente del Interesado o a través de otras fuentes (mediador, empleador en caso de póliza colectiva o profesionales médicos, entre otros). Cigna compartirá los datos personales del Interesado con terceros, incluyendo destinatarios ubicados en países que no garantizan un nivel de protección adecuado (Estados Unidos). En cualquier momento el Interesado podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento y a la revocación del tratamiento dirigiendo una comunicación al Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1, Edificio 14 - Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o a: CGHB-EU-Privacy@cigna.com.

## 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 Cortenbergh, 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 7.3 de las Condiciones Generales).