

## FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS SEGURO DE RENTA POR BAJA MÉDICA AUTÓNOMOS

La compañía garantiza el pago de una indemnización cuando el asegurado se halle incapacitado para su actividad profesional habitual por causa de enfermedad o accidente.

### TOMADOR

Nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Profesión (detallar):

Dirección y CP:

Teléfono:

E-mail:

Altura:

Peso:

Capital de Indemnización diaria:

20€

40€

50€

Otra cuantía. indicar

Días de franquicia:

Sin franquicia

7 días

15 días

Otra cuantía. indicar

Cobertura:

Sólo por accidente

Por accidente y enfermedad

**Responsable:** Grupo Data Asesoramiento y Mediación en Seguros, S.L.

**Domicilio:** Av. Virgen de la montaña, 19, 10002, Cáceres

**Finalidad:** Gestión integral de la relación con clientes y solicitantes de presupuestos.

**Legitimación:** Art. 6.1.b) del Reglamento UE 2016/679, por el que se legitima el tratamiento cuando es necesario para la ejecución de un contrato para las relaciones contractuales.

**Destinatarios de las cesiones:** Los legalmente establecidos.

**Ejercicio de los Derechos:** Acceso, impugnación, rectificación, supresión, oposición, revocación del consentimiento, portabilidad y limitación del tratamiento en la dirección postal del Responsable o en el email [dpo@grupodata.es](mailto:dpo@grupodata.es). También tiene derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

**Conservación:** Mientras dure la relación, dejando a salvo los plazos de prescripción legal y reclamación de posibles responsabilidades. Más información en [info@grupodata.es](mailto:info@grupodata.es) o en nuestras oficinas.