

## FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS SEGURO DE SALUD

### TOMADOR

Nombre:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Profesión (detallar):

Dirección y CP:

Teléfono:

E-mail:

IBAN:

### DATOS DEL RIESGO

¿Cobertura Dental?

- No  
 Si

Modalidad (Máximo 2)

- Con Copagos  
 Sin Copagos  
 Reembolso  
 Sólo ambulatoria (Sin hospitalización)

¿Tiene póliza en la actualidad?

- No  
 Si. Indique cual:

Aseg. 1	Fecha Nac.:	H/M	DNI:	Profesión:	Estatura y peso:	cm	kg
Aseg. 2	Fecha Nac.:	H/M	DNI:	Profesión:	Estatura y peso:	cm	kg
Aseg. 3	Fecha Nac.:	H/M	DNI:	Profesión:	Estatura y peso:	cm	kg
Aseg. 4	Fecha Nac.:	H/M	DNI:	Profesión:	Estatura y peso:	cm	kg
Aseg. 5	Fecha Nac.:	H/M	DNI:	Profesión:	Estatura y peso:	cm	kg

Estado de Salud: Indicar asegurado y patología o intervenciones quirúrgicas (en el caso de que existan)

**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 cuanto 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.