

Cuestionario Adicional Información Médica Confidencial

IMPORTANTE: ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LEA ESTAS INDICACIONES CON DETENIMIENTO.

- 1) Este cuestionario debe cumplimentarse por cada beneficiario que declare problemas de salud. (1 por persona)
- 2) Rellene todas y cada una de las casillas con la respuesta que corresponda. No deje casillas en blanco. No se aceptan rayas a modo de respuesta.
- 3) En órganos o miembros pares, indique lado.

Nombre: _____

Apellidos: _____

		Ampliación y descripción de cada aspecto médico declarado			
		1	2	3	4
Escriba el problema e indique: Problema actual A o pasado P		☐ A ☐ P	☐ A ☐ P	☐ A ☐ P	☐ A ☐ P
Fecha de: inicio / finalización		—	—	—	—
1º	Causa (ej.: por enfermedad, tras accidente, de nacimiento, por embarazo, etc.) Especificar.				
2º	Localización exacta (ej.: pierna izda., brazo dcho., oídos, etc.). Especificar.				
3º	Tratamiento si lo ha habido, indicar tipo: médico, quirúrgico, etc. Especificar.				
4º	Prótesis o material quirúrgico implantados (ej.: Osteosíntesis: clavos, tornillos, mallas, etc.). Especificar.				
5º	Pruebas diagnósticas y/o tratamientos previstos en el futuro. Especificar.				
6º	Situación actual respecto al aspecto médico declarado y especificar posibles secuelas (ej.: curado, pequeñas molestias, cojera, etc.).				
7º	Defecto óptico de refracción, especificar (miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.)			Dioptrías ojo derecho:	Dioptrías ojo izquierdo:
8º	Recién nacidos	Semana de gestación en la que ha nacido: _____ Peso al nacer: _____			
		Tipo de asistencia recibida o a recibir: ☐ Incubadora ☐ Cuidados intermedios ☐ UCI ☐ Consultas especificadas de pediatría (indicar especialidad): _____			
		Especificar enfermedad congénita: _____			
9º	Observaciones sobre contratación de complementos (a rellenar por UM Seguros)				

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. 1. Responsable. 1.1. Responsable del tratamiento: La Unión Madrileña de Seguros, S.A. ("UM"). A28081818. Glorieta del General Álvarez de Castro 5, 28010 de Madrid. 914477162. protecciondatos@unionmadrilena.es. 1.2. Delegado de Protección de Datos (DPD): . Myriam Saá Nicolás. msaa@syconsultores.es. SY Consultores, S.L. B86768280. Plaza Santísima Faz, 3, 03002 de Alicante. 965166083. **2. Finalidades del tratamiento.** Sus datos se podrán utilizar para: - Gestionar la prestación del servicio relativo a la póliza de seguro por usted contratada y el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales. Entre los datos, se podrán recabar datos relativos a su salud, necesarios para la prestación del servicio. - Remitirle a través de cualquier medio, incluidos los electrónicos, información comercial sobre nuestros productos y servicios relativos a pólizas de seguros que puedan ser de su interés y/o felicitaciones navideñas o similares. - Remitirle a través de cualquier medio, incluidos los electrónicos, información comercial sobre productos y servicios de terceros relativos a pólizas de seguros que puedan ser de su interés. Dichos envíos los realizará UM. **3. Legitimación.** La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de prestación del servicio relativo a la póliza de seguro, según los términos y condiciones que constan en las condiciones de la póliza contratada y el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales. Las comunicaciones comerciales en relación con nuestros productos y servicios relativos a pólizas de seguros se basan en el consentimiento que a estos efectos le hemos solicitado. Todos los datos solicitados son de obligada cumplimentación, si no los rellena, no podrá contratar la póliza de seguros con UM. En todo caso, la negativa y/o revocación del consentimiento para envíos publicitarios en ningún caso condicionará la ejecución del contrato. **4. Plazos/criterios de conservación de los datos.** Sus datos personales se conservarán mientras se mantenga contratada la póliza de seguro, y para la finalidad del envío de publicidad, mientras no se revoque el consentimiento para ello, en cuyo caso, los datos se eliminarán, entendiendo eliminación como bloqueo de los mismos, en este sentido, los datos bloqueados quedarán a disposición exclusiva del tribunal, el Ministerio Fiscal u otras Administraciones Públicas competentes, en particular de las autoridades de protección de datos, para la exigencia

de posibles responsabilidades derivadas del tratamiento y por el plazo de prescripción de las mismas. **5. Destinatarios.** Se podrá llevar a cabo la comunicación de sus datos a su médico para la prestación del servicio, y a otras entidades o instituciones aseguradoras o colaboradoras con el objeto de facilitar la gestión o tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro. Asimismo, le remitiremos información comercial relativa a pólizas de seguros que puedan ser de su interés de entidades relacionadas con esta entidad. No se prevé llevar a cabo transferencias de datos a terceros países sitios fuera de la Unión Europea. **6. Derechos.** 6.1. Ejercicio de derechos: si desea ejercitar los derechos que le asisten de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, así como la limitación u oposición a su tratamiento, le rogamos remita un escrito dirigido a La Unión Madrileña de Seguros, S.A., a la dirección indicada anteriormente, o al correo electrónico protecciondatos@unionmadrilena.es, con la referencia Protección de Datos Asegurados, adjuntando copia de su DNI o documento identificativo equivalente. 6.2. Derecho retirada consentimiento: usted puede revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para el tratamiento de sus datos mediante un escrito dirigido a La Unión Madrileña de Seguros, S.A., a la dirección indicada anteriormente, o al correo electrónico protecciondatos@unionmadrilena.es, con la referencia Protección de Datos Asegurados, adjuntando copia de su DNI o documento identificativo equivalente, sin que esta revocación del consentimiento afecte al tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada. 6.3. Reclamación: En todo caso, usted podrá, si entiende que sus derechos han sido vulnerados, interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, con domicilio en calle Jorge Juan 6, 28001 de Madrid, teléfono 901 100 099, y sitio web www.agpd.es. **7. Procedencia.** Se prevé que su médico pueda proporcionar datos identificativos y de salud de su titularidad a esta entidad, en el ámbito de la prestación del servicio contratado en la póliza de seguros.

Fecha: ____ / ____ / ____

EN CASO DE EXTIRPACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS, SE DEBE APORTAR TAMBIÉN LA ANATOMÍA PATOLÓGICA, ASÍ COMO EL INFORME MÉDICO CON LA SITUACIÓN ACTUAL. SI TIENE INFORMES MÉDICOS DE LOS PROBLEMAS DECLARADOS, ADJÚNTELOS.

- ☐ He leído y acepto la política de protección de datos.
- ☐ Acepto recibir información de UM Seguros respecto a sus productos, promociones y servicios, así como comunicaciones propias o de empresas colaboradoras que me permitan estar al día y disponer de una comunicación fluida con mi aseguradora de salud.

Firma:

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en este cuestionario adicional