

A rellenar por Unión Madrileña

Colectivo: Nombre: Delegación:
Póliza: / Cod. Agente: Cod. 2º Mediador:

A rellenar por el mediador

Nombre: N° registro en la DGS:

IMPORTANTE: Es necesario entregar cumplimentada, además de esta solicitud, el cuestionario referente a la **INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL** para completar correctamente el proceso de alta de los asegurados.

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Apellido 1: Apellido 2: Nombre:
N° documento: ☐ NIF/CIF ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de residencia Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Fecha de nacimiento: día mes año Nacionalidad:

DOMICILIO Y DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR

Calle: N°: Bloque: Escalera: Piso: Puerta:
Municipio: C.P.: Provincia:
Teléfono 1: Teléfono 2: E-mail:

DATOS BANCARIOS: IBAN: CUENTA CORRIENTE: FRECUENCIA DE PAGO: Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐

DOMICILIO POSTAL (EN ESTA DIRECCIÓN SE REALIZARÁ ENTREGA DE CUALQUIER DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA PÓLIZA)

Calle: N°: Bloque: Escalera: Piso: Puerta:
Municipio: C.P.: Provincia:

DATOS SOBRE EL/LOS ASEGURADO/S

ASEGURADO 1

SI EL TOMADOR DE LA PÓLIZA ES ADEMÁS ASEGURADO, DEBE FIGURAR COMO ASEGURADO 1

Apellido 1: Apellido 2: Nombre:
Teléfono 1: Teléfono 2: Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: día mes año
Profesión: ☐ NIF ☐ CIF ☐ Pasaporte ☐ T.R.:
E-mail: N° de documento:
¿Ha sido asegurado de Unión Madrileña? ☐ Sí ☐ NO ☐ N° de Póliza anterior:
¿Procede usted de otra compañía aseguradora? ☐ Sí ☐ NO ☐ ¿Cual?

ASEGURADO 2

Parentesco con Asegurado 1: Apellido 1: Apellido 2: Nombre:
Teléfono 1: Teléfono 2: Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: día mes año
Profesión: ☐ NIF ☐ CIF ☐ Pasaporte ☐ T.R.:
E-mail: N° de documento:
¿Ha sido asegurado de Unión Madrileña? ☐ Sí ☐ NO ☐ N° de Póliza anterior:
¿Procede usted de otra compañía aseguradora? ☐ Sí ☐ NO ☐ ¿Cual?

CONTRATACIÓN DE COMPLEMENTOS

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (sólo si el producto lo permite)

PARA LOS ASEGURADOS:

☐ Dental ☐ País de origen ☐ Repatriación
Otros datos:

ASEGURADOS SELECCIONADOS:

1	2
☐	☐
☐	☐

Firma del Tomador/asegurado	Firma del Mediador
Fecha: a de	

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la información previa a la contratación del seguro que consta al dorso. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales establecido igualmente al dorso.

☐ He leído y acepto la política de protección de datos
☐ Acepto recibir información de Unión Madrileña 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.

EN CASO DE MÁS DE DOS ASEGURADOS, ES IMPRESCINDIBLE LA FIRMA EN TODAS LAS HOJAS

SOLICITUD DE SEGURO

Nombre del producto a contratar:

A rellenar por Unión Madrileña

Colectivo: Nombre: Delegación:

Póliza:

0

 /

0

 Cod. Agente: Cod. 2º Mediador:

A rellenar por el mediador

Nombre: N° registro en la DGS:

IMPORTANTE: Es necesario entregar cumplimentada, además de esta solicitud, el cuestionario referente a la **INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL** para completar correctamente el proceso de alta de los asegurados.

DATOS SOBRE EL/LOS ASEGURADO/S

ASEGURADO 3

Parentesco con Asegurado 1:

Apellido 1 Apellido 2 Nombre

Teléfono 1: Teléfono 2: Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

 Fecha de nacimiento: día mes año

Profesión:

☐ NIF

☐ CIF

☐ Pasaporte

☐ T.R.:

E-mail: N° de documento:

¿Ha sido asegurado de Unión Madrileña?

Sí ☐

NO ☐

 N° de Póliza anterior:

¿Procede usted de otra compañía aseguradora?

Sí ☐

NO ☐

 ¿Cual?

ASEGURADO 4

Parentesco con Asegurado 1:

Apellido 1 Apellido 2 Nombre

Teléfono 1: Teléfono 2: Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

 Fecha de nacimiento: día mes año

Profesión:

☐ NIF

☐ CIF

☐ Pasaporte

☐ T.R.:

E-mail: N° de documento:

¿Ha sido asegurado de Unión Madrileña?

Sí ☐

NO ☐

 N° de Póliza anterior:

¿Procede usted de otra compañía aseguradora?

Sí ☐

NO ☐

 ¿Cual?

CONTRATACIÓN DE COMPLEMENTOS

¿Desea contratar alguno de los siguientes complementos? (sólo si el producto lo permite)

PARA LOS ASEGURADOS:

☐ Dental

☐ Repatriación

Otros datos:

País de origen

ASEGURADOS SELECCIONADOS:

3

☐

4

☐

☐

☐

Firma del Tomador/asegurado

Firma del Mediador

Fecha: a de de

Declaro haber contestado con veracidad todo lo consignado en esta solicitud y reconozco haber recibido la información previa a la contratación del seguro que consta al dorso. Otorgo mi consentimiento al mandato de domiciliación bancaria de la prima de seguro y al tratamiento de datos personales establecido igualmente al dorso.

☐ He leído y acepto la política de protección de datos

☐ Acepto recibir información de Unión Madrileña 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.

EN CASO DE MÁS DE DOS ASEGURADOS, ES IMPRESCINDIBLE LA FIRMA EN TODAS LAS HOJAS

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD, LEA ESTAS INDICACIONES CON DETENIMIENTO.

- 1) 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.
- 2) En órganos o miembros pares, indique lado.

RESPONDER POR ASEGURADO 1

Apellidos y nombre:

Peso y Altura:

¿ESTÁ O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:

¿TIENE PREVISTO ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

EN CASO DE SER MUJER ¿SE ENCUENTRA EMBARAZADA?

SÍ ☐ NO ☐

¿De cuantas Semanas?

DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES:

¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

SÍ NO

- ☐ ☐ Procesos oncológicos
☐ ☐ Enfermedades congénitas
☐ ☐ Enfermedades desmielinizantes
☐ ☐ Parkinson
☐ ☐ Epilepsia
☐ ☐ Patología intramedular o intracraneal
☐ ☐ Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias
☐ ☐ Arterioesclerosis
☐ ☐ Aneurisma de aorta

SÍ NO

- ☐ ☐ Cardiopatía isquémica, del ritmo cardíaco, valvular o miocardiopatías
☐ ☐ Enfermedad hipertensiva maligna
☐ ☐ Fibrosis pulmonar
☐ ☐ Insuficiencia respiratoria crónica
☐ ☐ Enfermedad cerebrovascular
☐ ☐ Insuficiencia renal crónica
☐ ☐ Hepatopatía o pancreatitis crónica
☐ ☐ Patología endocrino-metabólica

SÍ NO

- ☐ ☐ Colitis ulcerosa, Enf. de Crohn
☐ ☐ Endometriosis
☐ ☐ Artritis reumatoide o psoriásica Distrofias musculares
☐ ☐ Lupus sistémico
☐ ☐ Dermatomiositis
☐ ☐ Espondilitis anquilopoyética
☐ ☐ Trastornos hematológicos severos
☐ ☐ Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados

SÍ NO

- ☐ ☐ Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
☐ ☐ Trastornos psiquiátricos
☐ ☐ Trastornos alimenticios
☐ ☐ Trasplantes
☐ ☐ Alergias / Intolerancias

EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE EN ALGÚN CASO, ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR EL CUESTIONARIO ADICIONAL

RESPONDER POR ASEGURADO 2

Apellidos y nombre:

Peso y Altura:

¿ESTA O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:

¿TIENE PREVISTO ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

EN CASO DE SER MUJER ¿SE ENCUENTRA EMBARAZADA?

SÍ ☐ NO ☐

¿De cuantas Semanas?

DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES:

¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

SÍ NO

- ☐ ☐ Procesos oncológicos
☐ ☐ Enfermedades congénitas
☐ ☐ Enfermedades desmielinizantes
☐ ☐ Parkinson
☐ ☐ Epilepsia
☐ ☐ Patología intramedular o intracraneal
☐ ☐ Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias
☐ ☐ Arterioesclerosis
☐ ☐ Aneurisma de aorta

SÍ NO

- ☐ ☐ Cardiopatía isquémica, del ritmo cardíaco, valvular o miocardiopatías
☐ ☐ Enfermedad hipertensiva maligna
☐ ☐ Fibrosis pulmonar
☐ ☐ Insuficiencia respiratoria crónica
☐ ☐ Enfermedad cerebrovascular
☐ ☐ Insuficiencia renal crónica
☐ ☐ Hepatopatía o pancreatitis crónica
☐ ☐ Patología endocrino-metabólica

SÍ NO

- ☐ ☐ Colitis ulcerosa, Enf. de Crohn
☐ ☐ Endometriosis
☐ ☐ Artritis reumatoide o psoriásica Distrofias musculares
☐ ☐ Lupus sistémico
☐ ☐ Dermatomiositis
☐ ☐ Espondilitis anquilopoyética
☐ ☐ Trastornos hematológicos severos
☐ ☐ Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados

SÍ NO

- ☐ ☐ Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
☐ ☐ Trastornos psiquiátricos
☐ ☐ Trastornos alimenticios
☐ ☐ Trasplantes
☐ ☐ Alergias / Intolerancias

EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE EN ALGÚN CASO, ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR EL CUESTIONARIO ADICIONAL

Firma del Tomador/asegurado

Firma del Mediador

Fecha:

a de de

ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD, LEA ESTAS INDICACIONES CON DETENIMIENTO.

- 1) 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.
- 2) En órganos o miembros pares, indique lado.

RESPONDER POR ASEGURADO 3

Apellidos y nombre:

Peso y Altura:

¿ESTÁ O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:

¿TIENE PREVISTO ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

EN CASO DE SER MUJER ¿SE ENCUENTRA EMBARAZADA?

SÍ ☐ NO ☐

¿De cuantas Semanas?

DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES:

¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

SÍ NO

- ☐ Procesos oncológicos
- ☐ Enfermedades congénitas
- ☐ Enfermedades desmielinizantes
- ☐ Parkinson
- ☐ Epilepsia
- ☐ Patología intramedular o intracraneal
- ☐ Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias
- ☐ Arterioesclerosis
- ☐ Aneurisma de aorta

SÍ NO

- ☐ Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías
- ☐ Enfermedad hipertensiva maligna
- ☐ Fibrosis pulmonar
- ☐ Insuficiencia respiratoria crónica
- ☐ Enfermedad cerebrovascular
- ☐ Insuficiencia renal crónica
- ☐ Hepatopatía o pancreatitis crónica
- ☐ Patología endocrino-metabólica

SÍ NO

- ☐ Colitis ulcerosa, Enf. de Crohn
- ☐ Endometriosis
- ☐ Artritis reumatoide o psoriásica Distrofias musculares
- ☐ Lupus sistémico
- ☐ Dermatomiositis
- ☐ Espondilitis anquilopoyética
- ☐ Trastornos hematológicos severos
- ☐ Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados

SÍ NO

- ☐ Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
- ☐ Trastornos psiquiátricos
- ☐ Trastornos alimenticios
- ☐ Trasplantes
- ☐ Alergias / Intolerancias

EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE EN ALGÚN CASO, ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR EL CUESTIONARIO ADICIONAL

RESPONDER POR ASEGURADO 4

Apellidos y nombre:

Peso y Altura:

¿ESTA O HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA Y/O HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo, indicando fechas:

¿TIENE PREVISTO ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE BAJO TRATAMIENTO O CONTROL MÉDICO?

SÍ ☐ NO ☐

Detallar en caso afirmativo:

EN CASO DE SER MUJER ¿SE ENCUENTRA EMBARAZADA?

SÍ ☐ NO ☐

¿De cuantas Semanas?

DECLARACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES:

¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades? (Conteste si/no en cada casilla).

SÍ NO

- ☐ Procesos oncológicos
- ☐ Enfermedades congénitas
- ☐ Enfermedades desmielinizantes
- ☐ Parkinson
- ☐ Epilepsia
- ☐ Patología intramedular o intracraneal
- ☐ Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias
- ☐ Arterioesclerosis
- ☐ Aneurisma de aorta

SÍ NO

- ☐ Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías
- ☐ Enfermedad hipertensiva maligna
- ☐ Fibrosis pulmonar
- ☐ Insuficiencia respiratoria crónica
- ☐ Enfermedad cerebrovascular
- ☐ Insuficiencia renal crónica
- ☐ Hepatopatía o pancreatitis crónica
- ☐ Patología endocrino-metabólica

SÍ NO

- ☐ Colitis ulcerosa, Enf. de Crohn
- ☐ Endometriosis
- ☐ Artritis reumatoide o psoriásica Distrofias musculares
- ☐ Lupus sistémico
- ☐ Dermatomiositis
- ☐ Espondilitis anquilopoyética
- ☐ Trastornos hematológicos severos
- ☐ Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados

SÍ NO

- ☐ Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie
- ☐ Trastornos psiquiátricos
- ☐ Trastornos alimenticios
- ☐ Trasplantes
- ☐ Alergias / Intolerancias

EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE EN ALGÚN CASO, ES IMPRESCINDIBLE RELLENAR EL CUESTIONARIO ADICIONAL

Firma del Tomador/asegurado

Firma del Mediador

Fecha:

a de de

[El Tomador reconoce con su firma en el anverso de su solicitud de Seguro haber sido informado en la fecha de esta de lo indicado a continuación en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre y de los artículos 104 a 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998].

LEGISLACIÓN APLICABLE:

Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro; Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo. (R.D. nº 2486/98 de 20 de noviembre).

ENTIDAD ASEGURADORA:

La Unión Madrileña, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la Calle Viriato, 2 (28010 Madrid, España), correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía el control y su supervisión de su actividad.

COMUNICACIONES A DISTANCIA:

La Unión Madrileña de Seguros S.A. una vez aceptada en su caso la presente solicitud de seguro, remitirá un correo electrónico al Tomador de la póliza a la dirección de correo por este facilitada en la presente solicitud. Es imprescindible que proceda a la aceptación de las condiciones generales y particulares para poder hacer uso con plenas garantías de los servicios objeto de cobertura por la póliza contratada. A tal fin, y con objeto de garantizar la plena seguridad y validez jurídica de las comunicaciones, el Tomador, con carácter previo a efectuar dicha aceptación, deberá seguir las instrucciones facilitadas por La Unión Madrileña de Seguros S.A. para proceder a su registro en la web.

El Tomador acepta equiparar jurídicamente su firma autógrafa y la clave identificativa ya indicada. Será responsabilidad del Tomador mantener en secreto y custodiar diligentemente su clave identificativa de seguridad, adoptando las medidas razonables para protegerla y evitar el acceso a la misma por parte de terceros. En este sentido, el Tomador se compromete expresamente a no revelar ni facilitar su clave identificativa de seguridad a otras personas y a mantenerla en lugar seguro, comunicando a La Unión Madrileña de Seguros S.A. inmediatamente en caso de que se produzca su pérdida o sustracción. Mientras no se realice esta comunicación, será responsabilidad del Tomador cualquier operación realizada con su clave identificativa de seguridad.

El Tomador autoriza a La Unión Madrileña de Seguros S.A. a que pueda grabar comunicaciones telefónicas, pudiendo emplearse en el caso las citadas grabaciones, como medio de prueba para cualquier procedimiento judicial o arbitral que entre ambas partes se pudiera plantear directa o indirectamente. El cumplimiento de la normativa aplicable y como medida de seguridad jurídica para ambas partes. La Unión Madrileña de Seguros S.A. grabará los registros informáticos y telemáticos que se hayan generado por razón del acceso al servicio de La Unión Madrileña de Seguros S.A.

El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por La Unión Madrileña de Seguros S.A. a la dirección física o electrónica o al teléfono del Tomador facilitada por éste en el momento de realizar la solicitud de seguro, mientras no comunique un cambio en las mismas.

El Tomador autoriza a Unión Madrileña de Seguro S.A. a que utilice su número de teléfono móvil y su correo electrónico para remitirle todas las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

El Tomador dará traslado de los términos acordados e indicados en los párrafos anteriores, a aquellos Asegurados de la póliza que deseen en su caso registrarse y obtener su propia clave identificativa de seguridad, aceptando tanto en su propio nombre como en el de los dichos Asegurados, la plena validez jurídica de dichos términos.

En los casos en que el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia distinta de la electrónica, telemática o informática, el Tomador hará llegar la solicitud de seguro al Asegurador debidamente cumplimentada. Posteriormente, el Asegurador enviará al Tomador la documentación de la póliza, cuya copia deberá ser firmada por éste y devuelta al Asegurador.

En cualquier momento de la relación contractual, el Tomador tendrá derecho a obtener las condiciones contractuales en papel y a cambiar las técnicas de comunicación a distancia utilizadas para la celebración del contrato.

ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO

El Tomador y deudor de la prima de seguro, con su firma en el anverso de esta solicitud, autoriza a La Unión Madrileña de Seguros S.A. a que presente al cobro, en la cuenta corriente igualmente indicada en el anverso, el importe relativo a la prima de seguro de la póliza objeto de esta solicitud y cualquier otra cantidad cuyo pago corresponda al Tomador en virtud de dicha póliza. Igualmente autoriza a la entidad bancaria a efectuar dichos adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de La Unión Madrileña de Seguros S.A.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

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.