



Solicitud  
Ejemplar para la entidad



Núm. sol. online   
Emitida Sí  No

Modalidad de producto

Plusmedic

Fleximedic

Totalmedic

Datos de producto

La duración de la póliza es anual

Fecha de efecto

Código comercial

Fecha de cumplimentación de la solicitud

Denominación

Datos del Tomador

Es también asegurado: Sí  No

Apellidos

NIF/NIE  Idioma

Nombre

Estudios  Sexo

País de nacimiento  Nacionalidad

Núm de persona

Fecha de nacimiento

Residente en España Sí  No  Telf. fijo / móvil

Actividad Profesional

Periodicidad de pago

Dirección de residencia:

Correos electrónicos:

C.P.  Población

Asegurados

Nombre y Apellidos  Sexo  Fecha de nacimiento  NIF/NIE

País de nacimiento  Nacionalidad  Entidad procedencia<sup>1</sup>

Nombre y Apellidos  Sexo  Fecha de nacimiento  NIF/NIE

País de nacimiento  Nacionalidad  Entidad procedencia<sup>1</sup>

Nombre y Apellidos  Sexo  Fecha de nacimiento  NIF/NIE

País de nacimiento  Nacionalidad  Entidad procedencia<sup>1</sup>

Nombre y Apellidos  Sexo  Fecha de nacimiento  NIF/NIE

País de nacimiento  Nacionalidad  Entidad procedencia<sup>1</sup>

(1) Aportar documentación acreditativa para solicitar la derogación de los plazos de carencia.

Promociones

Campañas

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

El tomador manifiesta expresamente haber recibido la información a que se refiere el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y el artículo 122 de su Reglamento de desarrollo, con arreglo a la nota informativa completa sobre la aseguradora, legislación aplicable, mecanismos de resolución de conflictos y solvencia. Asimismo, el tomador manifiesta expresamente haber recibido la información a que se refieren los artículos 42 y 43 de la Ley 26/2006 de mediación y seguros y reaseguros privados, por la que se establece la información mínima que el mediador debe proporcionar a sus clientes.

Mediante la presente manifiesto que he recibido la nota informativa adjunta con la Política de Protección de Datos de la entidad aseguradora, la cual he leído y acepto.

Firma del tomador

Antecedentes personales y clínicos	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
1. ¿Cuál es su estatura y peso?	.....cm. .....kg.	.....cm. .....kg.	.....cm. .....kg.	.....cm. .....kg.
2. ¿Es o ha sido usted fumador en los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad oftalmológica, incluidos los trastornos de retina, la pérdida de agudeza visual y/o miopía superior a 6 dioptrías?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. ¿En los últimos 10 años, ha seguido, sigue o le ha sido prescrito algún tipo de tratamiento médico o quirúrgico? (farmacológico, rehabilitador, homeopatía, acupuntura, intervenciones, etc.). En caso afirmativo, indique cuál y resultados.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
5. ¿Padece alguna anomalía congénita, hereditaria o defecto funcional? En caso afirmativo, indique cuál y si le invalida física o mentalmente.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
6. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades? Infarto agudo de miocardio, angina de pecho, embolias, problemas reumáticos, bronquitis crónica, apneas del sueño, Crohn, colitis ulcerosa, psicosis, trastornos alimentarios, neurológicas degenerativas, demencia, portador del virus de la hepatitis C, diabetes, trastornos de la coagulación. En caso afirmativo, indique cuáles, cuándo y duración	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
7. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades? <b>Cardiovasculares</b> (hipertensión arterial, trombosis, varices), <b>Locomotoras</b> (Hernia discal, lumbalgias, ciáticas, problemas articulares), <b>Respiratorias</b> (asma), <b>Digestivas</b> (hemorroides, fístulas, enfermedades del hígado), <b>Psiquiátricas</b> (ansiedad, depresión), <b>Neurológicas</b> (epilepsia), <b>Infecciosas</b> (hepatitis, tropicales), <b>Metabólicas o de la sangre</b> (aumento del colesterol, del ácido úrico, enfermedades del tiroides, trastornos hormonales, anemia), <b>Tumor benigno o maligno</b> (especifique tipo y localización), <b>Genitourinarias</b> (cálculos, próstata, ováricas, matriz, trastornos renales), <b>De la piel</b> (psoriasis, cáncer de piel, alérgicas, ) En caso afirmativo, o en caso de haber padecido o padecer cualquier otra enfermedad, indique cuáles, cuándo y duración.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Los declarantes autorizan a cualquier médico, hospital u otra institución o persona, para que dentro de los límites legales faciliten información a la entidad aseguradora sobre el estado de salud, historial médico o cualquier hospitalización, recomendación, diagnóstico, tratamiento o enfermedad que de ellos conocieran con relevancia de obligación de guardar secreto profesional.

**Asimismo, manifestamos saber que las declaraciones sirven de base para el ingreso y la contratación o modificación de la/s póliza/s, por lo que cualquier inexactitud, omisión, u ocultación podrá ser causa de rescisión del/de los contrato/s de seguro, aceptando expresamente las mencionadas consecuencias y firmando en prueba de aceptación.**

Los asegurados o futuros asegurados dan su consentimiento a fin de que los derechos económicos que se puedan derivar de la póliza solicitada puedan ser satisfechos por la entidad aseguradora en la domiciliación bancaria indicada por el tomador en la solicitud de seguro, o en una comunicación escrita posterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Asegurado 1  
Nombre  
y apellidos \_\_\_\_\_  
Firma

Asegurado 2  
Nombre  
y apellidos \_\_\_\_\_  
Firma\*

Asegurado 3  
Nombre  
y apellidos \_\_\_\_\_  
Firma\*

Asegurado 4  
Nombre  
y apellidos \_\_\_\_\_  
Firma\*

\*Sólo si es mayor de edad (En caso contrario, firma del tutor legal)



# Salud

## Objeto del seguro para cada una de las modalidades

. **Plusmedic:** Asistencia sanitaria, siempre que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico de la entidad, que comprende la consulta con los facultativos, urgencias, servicio de atención a domicilio, cirugía, estancia en centro hospitalario y procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos, conforme al artículo 2 de las Condiciones Especiales Plusmedic.

. **Fleximedic:** Asistencia sanitaria que comprende la consulta con los facultativos, cirugía, estancia en centro hospitalario, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos. La asistencia sanitaria, si el asegurado es atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico de la entidad, será íntegramente a cargo de la aseguradora, cuando se preste en régimen hospitalario o bien consista en medios de diagnóstico. Los servicios en régimen ambulatorio se prestarán con participación del asegurado en el coste. En el caso que el asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria de médicos y/o en los establecimientos hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad, se abonarán únicamente los importes correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones, de conformidad con el art. 10.3 de las Condiciones Generales de la póliza.

. **Totalmedic:** Asistencia sanitaria, que comprende, siempre que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico de la entidad, consulta con los facultativos, urgencias, servicio de atención a domicilio, cirugía, estancia en centro hospitalario y procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos, conforme al artículo 2 de las Condiciones Especiales Totalmedic. Cuando el asegurado utilice los servicios de asistencia sanitaria distintos a los del cuadro médico concertado por la entidad aseguradora, la aseguradora reembolsará los gastos previstos en el artículo 4 de las Condiciones Especiales Totalmedic, en los límites previstos en el mismo y en los porcentajes establecidos, en el art. 1 de las mismas condiciones especiales.

## Períodos de Carencia

**Seis meses:** Intervenciones quirúrgicas y de hospitalización, medios de diagnóstico de alta tecnología, métodos terapéuticos, ligadura de trompas y vasectomía, ayuda a la convalecencia.

**Ocho meses:** Asistencia a partos.

**Diez meses:** Tratamiento quimioterápico ambulatorio

**Doce meses:** Coste de las prótesis, trasplantes de órganos.

## Riesgos no cubiertos para todas las modalidades

Art. 7 de las Condiciones Generales.

## Riesgos no cubiertos para cada una de las modalidades

. Plusmedic: Artículo 3 de las Condiciones Especiales.

. Fleximedic: Artículo 3 de las Condiciones Especiales.

. Totalmedic: Artículo 3 de las Condiciones Especiales.

El Tomador ha recibido las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria (modelo MSD004) y las Condiciones Especiales de la modalidad contratada, que regirán, en caso de aceptarse la presente solicitud, una vez haya sido valorado el riesgo asumido por la entidad aseguradora, el Seguro de Asistencia Sanitaria, constituyendo las mismas en este supuesto el contrato y manifestando su conformidad con ellas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma

Referencia de la orden de domiciliación Mandate reference	<b>M</b>	<b>P</b>	
Identificador 1 del acreedor (extractos) Creditor Identifier 1	<b>ES</b>	<b>14</b>	<b>000</b> <b>A65782807</b>
Identificador 2 del acreedor (actos médicos) Creditor Identifier 2	<b>ES</b>	<b>14</b>	<b>001</b> <b>A65782807</b>
Identificador 3 del acreedor (recibos) Creditor Identifier 3	<b>ES</b>	<b>14</b>	<b>003</b> <b>A65782807</b>
Identificador 1 (Identifier 1): Extractos (Health Statements) Identificador 2 (Identifier 2): Actos médicos a precios especiales (Medical interventions at especial prices) Identificador 3 (Identifier 3): Recibos (Accounts)			
Nombre del acreedor Creditor's name	Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A.		
Dirección del acreedor Creditor's address	Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vall�s		España
Nombre del deudor/es (Titular de la cuenta de cargo) Debtor's name			
Dirección del deudor Debtor's address			
CP	Población	Provincia	País
Swift BIC (puede contener 8/11 posiciones) Swift BIC (up to 8 or 11 characters)			
IBAN - España IBAN - Spain	<b>E S</b>		
IBAN - Otros países IBAN - Another countries p.ej.:Francia e Italia:27 dígitos-Alemania:22,...			
Tipo de pago / Type of payment	<input type="checkbox"/> Pago recurrente / Recurrent payment	O Or	<input type="checkbox"/> Pago �nico / One-off payment
Mediante el presente documento o en comunicación posterior por medio que acredite su consentimiento expreso el deudor da su consentimiento, de forma expresa, a fin de autorizar al acreedor y a su entidad financiera, a enviar a la cuenta del deudor, los adeudos y abonos derivados de todas las obligaciones y derechos económicos, de las relaciones mantenidas con el acreedor, siguiendo las instrucciones de este último. El deudor puede obtener información desglosada sobre sus adeudos bancarios en su entidad aseguradora, AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vall�s; Fax 933 184 112, teléfono 934 826 791, www.agrupacio.es). Through this document or further communication by stating their explicit consent the debtor expressly consents to authorize the creditor and its financial institution to send to the debtor's account the debits and credits resulting from all the obligations and economic rights from the contacts with the creditor, in accordance with the directions of the latter. The debtor can get detailed information on its bank debits through its insurance company, AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (Carretera Rub�, n�m. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vall�s; Fax 933 184 112, Phone number 934 826 791, www.agrupacio.es).			
Fecha / Date		Firma del deudor Debtor's Signature	
Localidad / Location			
Los datos personales expresados en esta orden de domiciliación bancaria se proporcionan por el interesado de forma totalmente voluntaria, siendo necesarios para la ejecución y desenvolvimiento del contrato de seguro formalizado con AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Estos datos serán tratados y conservados por dicha entidad de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal y en especial en el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de datos, durante toda la vigencia del contrato, y al vencimiento del mismo, durante los plazos de prescripción de obligaciones legales que sean de aplicación. El interesado podrá dirigirse a AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. para ejercer, cuando corresponda, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación de los datos. Esta orden de domiciliación será custodiada por el Acreedor. Puede consultar el resto de información complementaria en materia de protección de datos en la Política de Protección de Datos Personales del grupo GACME publicada en la página web www.grupo-acm.es. Personal data displayed on this Direct Debit Mandate is provided by the applicant on a purely voluntary basis, being necessary for the execution and development of the insurance contract subscribed with AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Personal data shall be treated and kept by the Company according to the Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and the free of movement of such data over the life of the contract, and upon maturity, according to the applicable legal requirements and terms and conditions. The applicants can execute their right of access, rectification, cancellation, opposition, portability and limitation of their personal data by addressing to AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.. This Direct Debit Mandate will be stored by the Creditor. For further information concerning personal data protection please see our Grupo ACM Personal Data Protection Directive on www.grupo-acm.es.			
TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA. ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.			



# Salud

## Objeto del seguro para cada una de las modalidades

. **Plusmedic:** Asistencia sanitaria, siempre que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico de la entidad, que comprende la consulta con los facultativos, urgencias, servicio de atención a domicilio, cirugía, estancia en centro hospitalario y procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos, conforme al artículo 2 de las Condiciones Especiales Plusmedic.

. **Fleximedic:** Asistencia sanitaria que comprende la consulta con los facultativos, cirugía, estancia en centro hospitalario, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos. La asistencia sanitaria, si el asegurado es atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico de la entidad, será íntegramente a cargo de la aseguradora, cuando se preste en régimen hospitalario o bien consista en medios de diagnóstico. Los servicios en régimen ambulatorio se prestarán con participación del asegurado en el coste. En el caso que el asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria de médicos y/o en los establecimientos hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad, se abonarán únicamente los importes correspondientes reseñados en el baremo de indemnizaciones, de conformidad con el art. 10.3 de las Condiciones Generales de la póliza.

. **Totalmedic:** Asistencia sanitaria, que comprende, siempre que el asegurado sea atendido por los médicos y/o en los establecimientos hospitalarios previstos en el cuadro médico de la entidad, consulta con los facultativos, urgencias, servicio de atención a domicilio, cirugía, estancia en centro hospitalario y procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos, conforme al artículo 2 de las Condiciones Especiales Totalmedic. Cuando el asegurado utilice los servicios de asistencia sanitaria distintos a los del cuadro médico concertado por la entidad aseguradora, la aseguradora reembolsará los gastos previstos en el artículo 4 de las Condiciones Especiales Totalmedic, en los límites previstos en el mismo y en los porcentajes establecidos, en el art. 1 de las mismas condiciones especiales.

## Períodos de Carencia

**Seis meses:** Intervenciones quirúrgicas y de hospitalización, medios de diagnóstico de alta tecnología, métodos terapéuticos, ligadura de trompas y vasectomía, ayuda a la convalecencia.

**Ocho meses:** Asistencia a partos.

**Diez meses:** Tratamiento quimioterápico ambulatorio

**Doce meses:** Coste de las prótesis, trasplantes de órganos.

## Riesgos no cubiertos para todas las modalidades

Art. 7 de las Condiciones Generales.

## Riesgos no cubiertos para cada una de las modalidades

. Plusmedic: Artículo 3 de las Condiciones Especiales.

. Fleximedic: Artículo 3 de las Condiciones Especiales.

. Totalmedic: Artículo 3 de las Condiciones Especiales.

El Tomador ha recibido las Condiciones Generales del Seguro de Asistencia Sanitaria (modelo MSD004) y las Condiciones Especiales de la modalidad contratada, que regirán, en caso de aceptarse la presente solicitud, una vez haya sido valorado el riesgo asumido por la entidad aseguradora, el Seguro de Asistencia Sanitaria, constituyendo las mismas en este supuesto el contrato y manifestando su conformidad con ellas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma

## NOTA INFORMATIVA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

En cumplimiento de lo previsto en el art. 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en el art. 122 del RD 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de Sociedad de la Información y en la Ley 22/2007, de 11 de julio, de Comercialización a Distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, se informa al futuro tomador de los siguientes extremos:

## NACIONALIDAD ENTIDAD ASEGURADORA Y ÓRGANO DE CONTROL

La entidad aseguradora es AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., sociedad de nacionalidad española, con domicilio en Sant Cugat del Vallès (08174), Carretera de Rubí 72-74, con CIF A-65782807, autorizada por el Ministerio de Economía y Competitividad, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave C-0790, y sometida a su supervisión, siendo el domicilio de dicho organismo el sito en Pº de la Castellana, 44, 28046-Madrid.

## LEGISLACIÓN APLICABLE

El contrato quedará sometido a la siguiente legislación, según textos vigentes en cada momento:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre).
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 15 de julio de 2015).
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 2 de diciembre de 2015).
- Ley 22/2007, de 11 de julio, de Comercialización a Distancia de Servicios Financieros destinados a los Consumidores (BOE de 12 de julio).
- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico.

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Finalidades: Suscripción y ejecución del contrato de seguro; envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; realización de acciones de fidelización; y, en caso de haberlo consentido, envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale (consultables en [www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es)) y de terceras empresas de los sectores informados en la información complementaria de Protección de Datos.

Legitimación: Ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales - Ley 50/1980 de contrato de seguro y Ley 20/2015 Lossear -; consentimiento expreso; interés legítimo.

Destinatarios: Entidades coaseguradoras y reaseguradoras; prestadores de servicio que actúan como encargados del tratamiento de datos; empresas del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale; entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; organismos públicos y autoridades competentes en general.

Plazo de conservación: Durante toda la vigencia de la póliza de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Derechos: Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.

El interesado podrá ejercer los derechos, así como revocar en cualquier momento el consentimiento prestado, mediante escrito dirigido a la Entidad Aseguradora, junto con un documento oficial que le identifique, por correo postal a Carretera de Rubí, 72-74 Edificio Horizón 08174 de Sant Cugat del Vallès (Barcelona) o bien a la dirección de correo electrónico [lopd@gacm.es](mailto:lopd@gacm.es).

Información adicional: puede consultar el resto de información complementaria sobre Protección de Datos en la Política de Protección de Datos Personales del grupo GACME publicada en la página web [www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es).

## MECANISMOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Las discrepancias que puedan surgir frente a la entidad aseguradora se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.
- En el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/2502/2012, de 16 de noviembre:  
Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a través de carta, impreso disponible en las oficinas o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la indicada web ([www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es)). Éste adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la entidad, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento a través de la web o en las oficinas de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.  
El plazo de tramitación del expediente será el actual de dos meses, o el que en cada momento se establezca legalmente, contado a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente.  
El SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión judicial, administrativa o arbitral.
- Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición.
- Finalmente, los conflictos que puedan surgir entre el tomador de seguro, asegurado, beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, con la entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

## CONTRATACIÓN A DISTANCIA

Una vez obren todos los datos en poder de la entidad aseguradora y, en su caso, documentación necesaria para formalizar la póliza, ésta se emitirá.

Siempre que no se trate de un seguro obligatorio ni haya acaecido el siniestro, el tomador tendrá la facultad de resolver el contrato sin penalización alguna, mediante comunicación escrita a AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A de 30 días naturales en los seguros de vida y de 14 días naturales en el resto de seguros, contados a partir de que se reciban las condiciones contractuales.

Con efecto a la fecha de la comunicación, cesará la cobertura del riesgo para AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, quien, a su vez, dispondrá de un nuevo plazo de 30 días para reintegrar al tomador la prima pagada, quedando obligado solamente, en su caso, a pagar el servicio prestado.

## SITUACIÓN FINANCIERA Y SOLVENCIA

El tomador puede acceder al informe anual sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad aseguradora, a través de la web ([www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es)).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Firma del tomador

## POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

**Responsable del tratamiento de sus datos personales:** Agrupació AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A. ("la Entidad Aseguradora"), C.I.F.: A-65782807. Dirección postal: Carretera de Rubí, 72-74 Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Teléfono: 934826600. Correo electrónico: lopd@gacm.es. Contacto del Delegado de Protección de Datos: dpogrupoaacm@gacm.es

### Finalidades de los tratamientos necesarios para la formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro

#### **Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro**

La Entidad Aseguradora podrá tratar sus datos personales facilitados durante la vigencia del contrato de seguro, ya se obtengan vía conversaciones telefónicas mantenidas con la misma (las cuales consiente que puedan ser grabadas), correo electrónico, SMS o medios equivalentes, con todas o algunas de las siguientes finalidades: para la valoración, selección y tarificación de riesgos; la formalización y desenvolvimiento del contrato de seguro así como garantizar el pleno cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa de seguros vigente en cada momento; la realización de test de idoneidad y conveniencia; la gestión de la póliza (modificaciones, información bancaria, ampliaciones coberturas, etc.); la peritación de daños y liquidación de siniestros (en algunos casos, con datos de salud); la comunicación de sus datos a prestadores para la prestación de servicios al asegurado relacionados con el contrato de seguro (en algunos casos, con datos de salud); el intercambio de información con su mediador de seguros; la gestión de quejas y reclamaciones; la elaboración de perfiles con fines actuariales, análisis de mercado y perfiles comerciales sin decisiones automatizadas; el registro de pólizas, siniestros, provisiones técnicas e inversiones; la cesión de información entre empresas del mismo grupo para el cumplimiento de obligaciones de supervisión y para la gestión centralizada de recursos administrativos internos e informáticos compartidos; de coaseguro y reaseguro; la cesión a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines de colaboración estadístico-actuarial o para la prevención del fraude; la externalización de servicios relacionados con la actividad aseguradora; cesiones de cartera, fusiones, escisiones, transformaciones, y análogos; envío de sus claves personales e intransferibles de acceso que, en su caso, le correspondan para poder consultar, a través de cualquier medio que la entidad ponga a su disposición, informaciones de todo tipo relacionadas con los contratos de seguro suscritos con la Entidad Aseguradora, incluso los datos bancarios o financieros y, en su caso, los relativos a la salud, o para poder suscribir o modificar productos, cumpliendo los correspondientes requisitos.

En caso de que haya facilitado a la Entidad Aseguradora datos personales de salud, los mismos serán tratados, además, para la determinación de la asistencia sanitaria y la indemnización, el adecuado abono a los prestadores sanitarios y el reintegro al asegurado o beneficiario de los gastos de asistencia sanitarios.

En caso de que en la póliza se incluyan datos personales de terceras personas, el solicitante del seguro, con carácter previo a la inclusión, deberá haber informado del porqué de la inclusión y haber obtenido el consentimiento de estos terceros para hacerlo.

### Finalidades de los tratamientos relacionadas con marketing, publicidad y otras acciones comerciales

#### **Envío de boletines electrónicos y de publicidad propia**

La Entidad Aseguradora podrá enviarle boletines electrónicos y comunicaciones comerciales a través de cualquier medio, incluidos los telemáticos (correo electrónico, SMS, fax, redes sociales, llamadas telefónicas, aplicaciones móviles, o análogos) sobre productos aseguradores propios, así como realizar acciones de fidelización relacionadas con los productos contratados (llamadas de felicitación, envío de regalos, llamadas de satisfacción u análogos).

#### **Envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del grupo y/o de terceras empresas**

Siempre que haya prestado su consentimiento a través de las casillas habilitadas al efecto al final de esta nota informativa, la Entidad Aseguradora podrá enviarle a través de cualquier medio, incluidos los telemáticos (correo electrónico, SMS, fax, redes sociales, llamadas telefónicas, aplicaciones móviles, o análogos):

- boletines electrónicos y comunicaciones comerciales sobre productos o servicios de las sociedades del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale (consultables en [www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es))
- comunicaciones comerciales sobre productos o servicios de terceras empresas de los sectores asegurador, financiero, gran consumo, ocio, telecomunicaciones, tecnología y automoción, con las que la Entidad Aseguradora concluya acuerdos de colaboración en beneficio de sus asegurados.

### Legitimación para el tratamiento de sus datos personales

#### **La ejecución de la póliza de seguro.**

#### **Cumplimiento de obligaciones legales:**

La licitud del tratamiento fundada en el cumplimiento de obligaciones legales se ampara principalmente en la siguiente normativa: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (LCS); Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR); Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (RDOSEAR); Real Decreto Legislativo 8/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (Ley R.C. Automóviles); Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros (Ley de Mediación); Directiva UE 2016/97 sobre la distribución de seguros (DDS); Reglamento Delegado (UE) 2015/35 de la Comisión, de 10 de octubre de 2014, por el que se contempla la Directiva 2009/138/CE, así como los reglamentos comunitarios de ejecución de Solvencia II; Real Decreto 304/2014 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 10/2010 de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo; Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores; Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico; Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos; y normativa que pueda sustituirla o ser de aplicación complementaria en un futuro.

#### **Interés legítimo:**

Envío de boletines electrónicos y de comunicaciones comerciales (a través de cualquiera de los medios informados) sobre productos aseguradores propios de la Entidad Aseguradora; realización de acciones de fidelización.

#### **Consentimiento:**

Envío de boletines electrónicos y comunicaciones comerciales (a través de cualquiera de los medios indicados) de las sociedades del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale consultables en [www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es) y de comunicaciones comerciales de terceras empresas de los sectores informados.



# Salud

## Plazos de conservación

Los datos personales proporcionados se conservarán y tratarán durante toda la vigencia de la póliza de seguro con las finalidades informadas y, al vencimiento de la misma, serán conservados (bloqueados) durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la Entidad Aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Una vez vencidos los referidos plazos de prescripción de obligaciones legales, sus datos serán suprimidos.

## Destinatarios de sus datos personales

Entidades coaseguradoras y reaseguradoras de la Entidad Aseguradora; prestadores de servicio que actúan como encargados de tratamiento de datos de la Entidad Aseguradora; organismos públicos y autoridades competentes en general; entidades del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale consultables en [www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es) para finalidades relacionadas con el cumplimiento de obligaciones de supervisión o de gestión centralizada de recursos administrativos internos e informáticos.

## Derechos

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, así como revocar en cualquier momento el consentimiento prestado, mediante escrito dirigido a la Entidad Aseguradora, junto con un documento oficial que le identifique, por correo postal a Carretera de Rubí, 72-74 Edificio Horizon 08174 de Sant Cugat del Vallès (Barcelona) o bien a la dirección de correo electrónico [lopd@gacm.es](mailto:lopd@gacm.es).

En caso de tener cualquier cuestión relacionada con el tratamiento de sus datos personales y el ejercicio de los derechos reconocidos, el interesado podrá dirigirse al Delegado de Protección de Datos de la Entidad Aseguradora mediante escrito, acompañado de un documento oficial que le identifique, dirigido a su atención a la dirección postal de la Entidad Aseguradora indicada, o bien a la dirección de correo electrónico [dpogrupoaacm@gacm.es](mailto:dpogrupoaacm@gacm.es).

Le informamos, asimismo, del derecho que asiste al interesado a presentar reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: c/ Jorge Juan, 6 28001 Madrid [www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

He leído la Política de Protección de Datos de la Entidad Aseguradora, y consiento libre e inequívocamente:

**todos los tratamientos siguientes:**

- el envío de boletines electrónicos y de comunicaciones comerciales de las empresas del Grupo Crédit Mutuel-Alliance Fédérale (consultables en [www.grupo-acm.es](http://www.grupo-acm.es));
- el envío de comunicaciones comerciales de terceras empresas de los sectores informados.

Firma del tomador