



Núm. sol. online
Emitida Sí No

Accidentes Personales

Código comercial/Denominación

Modalidad

Individual

Familiar

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

Datos del Asegurado

cumplimentar si es distinto al tomador

Apellidos

País de nacimiento

Nombre

Estudios Sexo

Actividad Profesional

NIF/NIE Idioma

Núm de persona Residente en España Sí No

Nacionalidad

Fecha de nacimiento Teléfono fijo

Teléfono móvil

Dirección de residencia:

Correos electrónicos:

C.P. Población

Otros datos del Asegurado

Asalariado

Autónomo

Profesión/Actividad Descripción Actividad

Rellenar en caso de Profesión/Actividad: Transportista/repartidor Tipo de carga: Tipo de vehículo:

¿Es zurdo? Sí No ¿Pluriocupación? Sí No En caso afirmativo indique cual

¿Conduce ciclomotores, motocicletas o quads? Sí No En caso afirmativo indique cilindrada ¿Desea estar asegurado durante su conducción? Sí No

¿Actualmente está de baja laboral? Sí No

¿Actualmente tiene contratado o solicitado algún seguro con garantías equivalentes con otra compañía? (muerte, invalidez, incapacidad y hospitalización) Sí No

En caso afirmativo, indique: Total Capital Asegurado y Compañía

¿Practica algún deporte? Sí No En caso afirmativo, indique cual y su frecuencia

¿Desea estar asegurado durante su práctica? (solo para deportes no considerados como riesgos excluidos) Sí No



0102050018



Datos del Producto

Los capitales asegurados de las garantías suscritas se revalorizarán en cada renovación anual según la variación del IPC, excepto el límite de la cobertura de los gastos de asistencia sanitaria a consecuencia de accidente. Marque esta casilla en caso de no querer la aplicación de revalorización automática

Garantía principal Defunción por accidente Capital asegurado €

Coberturas complementarias

- Defunción por accidente de circulación Capital asegurado: el mismo capital que la garantía "Defunción por accidente"
- Defunción por infarto de miocardio Capital asegurado: € máx. 50% capital asegurado de la garantía "Defunción por accidente"
- Defunción por derrame cerebral Capital asegurado: el mismo capital que la garantía "Defunción por infarto de miocardio"
- Invalidez permanente por accidente Capital asegurado: € -Baremo Proporcional 100% Progresivo 225% Progresivo 350%
- Invalidez permanente por accidente de circulación Capital asegurado: el mismo capital que la garantía "Invalidez permanente por accidente"
- Incapacidad temporal por accidente Indemnización diaria: € -Franquicia 7 días 15 días 30 días
- Indemnización por hospitalización a causa de accidente Indemnización diaria: €
- Gastos de asistencia sanitaria a causa de accidente Indicar límite de cobertura 601 € 1.503 € 3.005 € 4.508 € 6.010 € Ilimitada
- Asistencia en viaje

Fecha de efecto

- Día 1 mes siguiente Día emisión Otros _____

Beneficiarios en caso de fallecimiento

Por orden excluyente Repartir a partes iguales Repartir según porcentaje

Orden	Nombre y apellidos <small>necesariamente personas físicas</small>	NIF/NIE	Fecha de nacimiento	%*
1				
2				
3				
4				

La formalización de esta hoja sustituye cualquier otra "Designación de beneficiarios" del mismo producto efectuada en una fecha anterior *Rellenar en caso de escoger "Repartir según porcentaje"

_____, ____ de _____ de 20____ Nombre y apellidos _____
 firma del asegurado (si es distinto al tomador)

El tomador ha recibido las Condiciones Generales (Modelo API008), que registrarán, en caso de aceptarse la presente solicitud, una vez que haya sido valorado el riesgo asumido por la entidad aseguradora, el Seguro de Accidentes Personales, constituyendo las mismas en este supuesto el contrato y manifestando su conformidad con ellas.

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



Declaración jurada de salud

Antecedentes personales y clínicos

Asegurado

1. ¿Cuál es su estatura y peso?cm.kg.	
2. ¿Es o ha sido usted fumador?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
En caso afirmativo, indique cuándo y cantidad diaria.		
¿Consumo o ha consumido alcohol o estupefacientes?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
En caso afirmativo, especifique cantidad al día y tipo de bebida/producto		
¿Realiza o ha realizado algún tratamiento de deshabituación?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
En caso afirmativo, especifique cuál, duración y resultados		
3. Si padece miopía o hipermetropía o astigmatismo, indique dioptrías del ojo con mayor graduación o las previas a la cirugía refractiva caso de haber sido intervenido.dioptrías	
4. ¿Ha seguido, sigue o le ha sido prescrito algún tipo de tratamiento médico o quirúrgico ? (farmacológico, rehabilitador, homeopatía, acupuntura, intervenciones, etc.).	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
En caso afirmativo, indique cuál y resultados.		
5. ¿Padece alguna anomalía congénita, hereditaria o defecto funcional?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
En caso afirmativo, indique cuál y si le invalida física o mentalmente.		
6. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
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		
7. ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Cardiovasculares (hipertensión arterial, trombosis, varices), Locomotoras (Hernia discal, lumbalgias, ciáticas, problemas articulares), Respiratorias (asma), Digestivas (hemorroides, fístulas, enfermedades del hígado), Psiquiátricas (ansiedad, depresión), Neurológicas (epilepsia), Infecciosas (hepatitis, tropicales), Metabólicas o de la sangre (aumento del colesterol, del ácido úrico, enfermedades del tiroides, trastornos hormonales, anemia), Tumor benigno o maligno (especifique tipo y localización), Genitourinarias (cálculos, próstata, ováricas, matriz, trastornos renales), De la piel (psoriasis, cáncer de piel, alérgicas,)		
En caso afirmativo, o en caso de haber padecido o padecer cualquier otra enfermedad, indique cuáles, cuándo y duración.		

El asegurado autoriza, de forma expresa, a cualquier médico, hospital u otra institución o persona, para que faciliten información a la entidad aseguradora sobre el estado de salud, historial médico o cualquier hospitalización, recomendación, diagnóstico, tratamiento o enfermedad que de él conociera, sin obligación de guardar secreto profesional, a fin de poder valorar tanto el riesgo asumido como el alcance de las coberturas durante la vigencia del contrato de seguro.

Asimismo, manifiesto 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

Nombre y apellidos _____ Firma

Referencia de la orden de domiciliación Mandate reference	M P	<input type="text"/>
Identificador 1 del acreedor (recibos) Creditor Identifier 1 (Accounts)	ES 14 010	A65782807

Nombre del acreedor Creditor's name	<input type="text" value="Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A."/>	
Dirección del acreedor Creditor's address	<input type="text" value="Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès"/>	<input type="text" value="España"/>

Nombre del deudor/es (Titular de la cuenta de cargo) Debtor's name	<input type="text"/>		
Dirección del deudor Debtor's address	<input type="text"/>		
CP	Población	Provincia	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Swift BIC (puede contener 8/11 posiciones) Swift BIC (up to 8 or 11 characters)	<input type="text"/>		
IBAN - España IBAN - Spain	<input type="text" value="ES"/>		
IBAN - otros países IBAN - another countries	<input type="text"/>		
p.ej.:Francia e Italia:27 dígitos-Alemania:22,...			
Tipo de pago / Type of payment	<input type="checkbox"/> Pago recurrente / Recurrent payment	<input type="radio"/> Or	<input type="checkbox"/> Pago único / 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 y abonos bancarios en su entidad aseguradora, AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (Carretera Rubí, núm. 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, teléfono 934 826 600, 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 Rubí, 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès; Fax 933 184 112, Phone number 934 826 600, www.agrupacio.es).

Fecha / Date	<input type="text"/>	Firma del deudor Debtor's Signature	<input type="text"/>
Localidad / Location	<input type="text"/>		

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.



Accidentes Personales

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-CIC (consultables en 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-CIC; 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 Horizon 08174 de Sant Cugat del Vallès (Barcelona) o bien a la dirección de correo electrónico 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.

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). 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).

_____, ____ de _____ de 20 ____

Firma del tomador



Accidentes Personales

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 Crèdit Mutuel-CIC (consultables en 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 Crèdit Mutuel-CIC consultables en www.grupo-acm.es y de comunicaciones comerciales de terceras empresas de los sectores informados.



Accidentes Personales

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-CIC consultables en 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.

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 dpogrupocacm@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).

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-CIC (consultables en www.grupo-acm.es);
- el envío de comunicaciones comerciales de terceras empresas de los sectores informados.

Firma del tomador