

NATURMEDIC

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA
CONDICIONES GENERALES
(MOD. NM0003)

Artículo preliminar.- Regulación del contrato

Esta póliza de seguro se rige por lo que dispone la Ley del Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre – BOE de 17 de octubre de 1980) y la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (Ley 20/2015 de 14 de julio – BOE de 15 de julio de 2015), así como la normativa que las desarrolla o sustituya en el futuro y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y, en su caso, condiciones particulares y especiales.

Es de aplicación también el 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.

NATURMEDIC es un seguro de asistencia sanitaria limitado a la cobertura de determinados actos médicos relacionados con la medicina complementaria y la psicología.

Artículo 1º.- Definiciones

Acto médico. A los efectos previstos en la presente póliza y en especial a la franquicia a aplicar por acto médico, tendrá esta consideración cualquier visita médica, prueba de diagnóstico y acto terapéutico, todos ellos en régimen ambulatorio.

Anexo de Coberturas. Documento complementario e integrado en la póliza, en el cual se describen las prestaciones incluidas en la cobertura de la póliza y las franquicias establecidas. Este documento puede ser actualizado anualmente, hallándose a disposición de los asegurados en la página web de la entidad aseguradora.

Anualidad de seguro. La primera anualidad de seguro es el período comprendido entre las fechas de efecto y vencimiento del seguro, indicadas en las condiciones particulares. A su vencimiento, cada anualidad de seguro posterior será el período comprendido entre dos fechas de renovación anual del seguro.

Asegurado. Persona o personas físicas sobre las que se establece el seguro y beneficiario de los actos médicos cubiertos por la póliza.

Baremo de Medicina Complementaria. Catálogo donde se recoge una relación de los precios especiales de actos médicos no cubiertos por esta póliza, de los cuales se puede beneficiar el asegurado de la póliza, siempre que acuda a los médicos y profesionales sanitarios y centros sanitarios concertados por la entidad que figuran en el Cuadro Médico.

Beneficiario. La persona que tiene el derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al asegurado.

Carencia. Período de tiempo durante el cual no están en vigor algunas de las garantías de la póliza, contado a partir de la fecha de efecto de alta del asegurado en la póliza.

Cuadro médico. Conjunto de médicos, profesionales sanitarios y centros de diagnóstico determinados por la entidad a los efectos de la cobertura de esta póliza.

Enfermedad o lesión. Toda alteración del estado de salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

Enfermedad preexistente. Aquélla que existía y se manifestó con anterioridad al momento de entrada en vigor de la póliza.

Entidad aseguradora. AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la entidad, quien asume la cobertura de los riesgos establecidos en la presente póliza. La actividad aseguradora de la entidad queda sometida a la normativa vigente del Estado Español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.

Franquicia. Importes prefijados por cada uno de los actos médicos cubiertos por la póliza que el tomador y/o asegurado deben pagar por la utilización de los servicios sanitarios realizados por la red del cuadro médico de la entidad aseguradora. Los importes de las franquicias se establecen en el Anexo de Coberturas determinado por la entidad aseguradora con carácter anual.

Grupo asegurado. Conjunto de personas físicas aseguradas en una misma póliza contratada con la entidad por un mismo tomador.

Grupo asegurable. Deberá estar delimitado por alguna característica común diferente al propósito de asegurarse. El grupo familiar constituye un caso particular del grupo asegurable.

Grupo familiar. El formado por todas aquellas personas que convivan en el domicilio designado como residencia habitual en las Condiciones Particulares del contrato.

Médico. Doctor o licenciado en medicina legalmente calificado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones sufridas por el asegurado.

Póliza. El presente documento contractual juntamente con el Anexo de Coberturas, las Condiciones Particulares y, si existiesen, las Condiciones Especiales, así como sus posibles cláusulas, suplementos o certificados individuales de seguro que sean emitidos para completarla o modificarla.

Precios especiales. Condiciones económicas más ventajosas proporcionadas a los asegurados de la póliza para los actos médicos no cubiertos por esta póliza a través del cuadro médico de la entidad.

Prestación. Asistencia sanitaria proporcionada dentro de los límites de la póliza que se deriva de la ocurrencia de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

Prima. Es el precio del seguro. En la prima de recibo quedan incluidos los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

Profesional sanitario. Es cualquier profesional de la salud legalmente calificado y autorizado en el lugar donde ejerce, para poder realizar su actividad. Los profesionales de la salud poseen conocimientos, habilidades y aptitudes propias de la atención de la salud, debiendo estar en posesión del correspondiente título oficial y ser diplomados en centros oficiales o reconocidos por la administración.

Siniestro. Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por algunas de las garantías de la póliza.

Tarjeta sanitaria. Es el documento de identificación propiedad de la entidad que se expide y entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para acceder a los servicios cubiertos por la póliza, siendo cada asegurado o, en su caso, el tomador si es menor, el responsable del buen uso de la misma.

Terapias y Medicinas Complementarias. Son la expresión que se utiliza para describir otras formas de tratamiento que pueden administrarse junto con la medicina tradicional. Ejercida por profesionales de la salud legalmente cualificados.

Tomador. Persona que suscribe esta póliza con la entidad y a quien corresponden las obligaciones que de ella se derivan, salvo aquéllas que correspondan expresamente al asegurado y beneficiario.

Artículo 2º.- Objeto del seguro

Por el presente contrato, la entidad asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y en el Anexo de Coberturas, previo pago de la prima y las franquicias que en cada caso corresponda, la cobertura, en régimen ambulatorio, de los servicios cubiertos por la póliza, prestados por los médicos y profesionales sanitarios diplomados en centros oficiales o reconocidos por la administración y centros sanitarios concertados por la entidad que figuran en el Cuadro Médico.

En el presente seguro de asistencia sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolsarse cantidad alguna por servicios médicos y quirúrgicos no prestados, en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

A. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA.

Servicio de atención médica telefónica 24 horas al día y todos los días del año.

PSICOLOGÍA

El asegurado tiene acceso a la asistencia psicológica telefónica, a través de profesionales, a los cuales puede acceder, 24 horas al día, todos los días del año, a través del número de teléfono que consta en el Anexo de Coberturas.

Además, si lo necesita y con la autorización previa del servicio, podrá ser atendido de forma presencial por profesionales psicólogos. En este caso, la póliza cubre las 5 primeras visitas anuales de forma completa y sin franquicia a cargo del asegurado.

Las sucesivas consultas dentro de una misma anualidad correrán a cargo del asegurado según los precios especiales establecidos en el Baremo de Medicina Complementarias.

ESPECIALIDADES DE MEDICINA COMPLEMENTARIA.

Comprende las siguientes especialidades:

- Osteopatía.
- Dietética.
- Podología. Los actos médicos incluidos de esta especialidad serán los establecidos en el Anexo de Coberturas.
- Acupuntura.
- Homeopatía.
- Medicina Natural.
- Logopedia.

Esta cobertura quedará limitada a un total máximo anual de 8 actos médicos, en régimen ambulatorio, computando en estos 8 actos, la totalidad de actos médicos realizados, aunque sean de distintas especialidades. El primer acto médico no tendrá franquicia alguna, para el resto de los actos médicos siguientes, sean de la especialidad que sean, y hasta un máximo de 7 actos médicos por anualidad y para el conjunto de las especialidades, el asegurado deberá abonar el importe de la franquicia establecido anualmente en el Anexo de Coberturas de la póliza. Los importes de las franquicias se fijan para el año en vigor y podrán ser actualizados por la entidad al inicio de cada año natural, poniendo a disposición de los asegurados el correspondiente Anexo de Coberturas vigente en la página web.

El noveno acto médico y sucesivos, sean de la especialidad que sean, ya no están cubiertos por la póliza, pudiendo el asegurado acudir a los médicos y profesionales sanitarios de las especialidades de medicina complementaria que figuran en el Cuadro Médico concertado por la entidad, a los precios especiales que constan en el Baremo de Medicinas Complementarias.

B. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

B.1. COBERTURA DE PSICOLOGÍA

Esta cobertura es un servicio de asistencia psicológica que se presta mediante una plataforma de atención telefónica, 24 horas al día, todos los días del año, a través del número que consta al efecto en el Anexo de Coberturas.

Además, la plataforma dispone de profesionales propios que pone a disposición del asegurado y, en caso de requerirse por necesidades del paciente, de la posibilidad de consulta presencial.

En este supuesto, es necesaria autorización previa del servicio, el cual organizará la programación de las visitas con el asegurado y el profesional, cubriéndose en su totalidad un máximo de 5 visitas anuales, sin tener el asegurado que realizar más trámites, únicamente identificarse cuando acuda al profesional proporcionado por el servicio.

Finalizada la cobertura de 5 visitas anuales, el asegurado podrá solicitar más visitas presenciales de psicología, a través del servicio, las cuales se proporcionarán a la tarifa especial que consta en el Anexo de Coberturas, abonando el asegurado las visitas, directamente, al correspondiente profesional.

B.2. COBERTURA DE ESPECIALIDADES DE MEDICINA COMPLEMENTARIA

El asegurado podrá elegir libremente el profesional o centro sanitario entre los que figuran en el cuadro médico concertado por la entidad. A estos efectos, la entidad pondrá a disposición de los asegurados dicho cuadro, que permanecerá siempre actualizado en su página web.

Cuando en el cuadro médico concertado de cualquiera de las poblaciones no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, éstos se prestarán en la población donde los mismos puedan realizarse, dentro de los cuadros médicos concertados por la entidad.

Al recibir los servicios que procedan, el asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria identificativa. Igualmente, el asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.

Todos los tratamientos y actos cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, quedando por ello excluidas la hospitalización y la anestesia general.

La entidad no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico concertado, ni de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la entidad, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el asegurado la prestación del servicio.

Artículo 3º.- Riesgos excluidos

No son objeto de cobertura del seguro:

Todos los actos médicos no contemplados en el objeto del seguro.

Las consultas en las especialidades y servicios cubiertos cuando superen el número establecido en el apartado A. Descripción de servicios cubiertos del artículo 2. por cada anualidad de seguro.

Quedan excluidas de esta cobertura todas las visitas y sesiones a domicilio.

Todos los tratamientos y actos realizados en régimen hospitalario.

Todo tipo de medicamentos.

Queda excluida todo tipo de cirugía relacionada con la especialidad de Podología. También quedan excluidas de esta especialidad la extracción de cuerpos extraños, el desbridamiento y drenaje de abscesos, sesiones de masajes de recuperación del pie y las revisiones de plantillas.

Quedan excluidas de la especialidad de Medicina Natural el quiromasaje, la reflexoterapia y el drenaje linfático.

Artículo 4º.- Plazos de carencia

La cobertura que la entidad garantiza a los asegurados entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, una vez haya sido satisfecha por el tomador la prima correspondiente, a excepción de la cobertura de especialidades de medicina complementaria que tendrá 2 meses de carencia.

Artículo 5º.- Formalización y validez del seguro

La entidad otorgará las coberturas de la presente póliza basándose en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro y/o asegurados.

Las declaraciones del tomador y de los asegurados en la solicitud de seguro y en cualquier otra declaración escrita deberán ser verídicas y exactas, puesto que de ello depende la validez del contrato.

El seguro y sus modificaciones entrarán en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, una vez haya sido satisfecha por el tomador la prima correspondiente. En caso de demora en el cumplimiento de este requisito, las obligaciones de la entidad comenzarán a las 24 horas del día en que hubieren sido cumplidos.

Cuando se constate un error en la póliza, el tomador y/o asegurado disponen del plazo de un mes (a contar desde la entrega de la misma), para reclamar a la entidad que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, el contenido de la póliza se considerará totalmente válido.

Artículo 6º.- Personas aseguradas

Podrán obtener las coberturas de este seguro todas las personas físicas en cuyo favor se establezcan, siempre que concurren las condiciones de asegurabilidad que la entidad tenga establecidas.

Cuando un asegurado deje de formar parte del grupo familiar por no convivencia en el mismo domicilio, cesarán para él las garantías de la póliza. Siempre que comunique este hecho a la entidad con antelación a la fecha del cambio de domicilio, será admitido en otra póliza,

sin carencias ni sometimiento a nuevo cuestionario de salud, adecuando ésta a la nueva situación.

Artículo 7º.- Período de vigencia del seguro

La presente póliza se contrata por el período de tiempo indicado en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente año por año, siempre que la póliza se mantenga en vigor mediante el pago de la prima correspondiente.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la entidad aseguradora.

Artículo 8º.- Pago de primas

Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el tomador del seguro en los correspondientes vencimientos pactados, por anticipado.

La prima se determina por períodos anuales. No obstante, la forma de pago de las primas será la establecida en las Condiciones Particulares.

El pago de la prima se hará en el domicilio de la entidad, si no se especifica nada en contra en las Condiciones Particulares.

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las normas siguientes:

El tomador, al pago de la prima, entregará a la entidad la carta dirigida al establecimiento bancario dando orden oportuna al efecto.

La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro en el mismo, y de nuevo, dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha (plazo de gracia), el recibo de prima, resultase incobrado por cualquier motivo.

Durante la vigencia de la póliza, el tomador podrá cambiar libremente la cuenta bancaria donde desea domiciliar los recibos de prima, siendo necesario que lo comunique a la entidad a la vez que le facilite la orden de domiciliación, dirigida al establecimiento bancario, de los recibos de prima en la nueva cuenta.

Las consecuencias del impago de la prima son:

Si por culpa del tomador del seguro o del asegurado, la primera prima no ha sido pagada a su vencimiento, la entidad tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la entidad quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la entidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, la entidad, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro pagó su prima.

Artículo 9º.-Actualización de primas y franquicias

En cada renovación anual, la prima se determinará, en su caso, de acuerdo con la edad alcanzada y la zona geográfica correspondiente al domicilio de los asegurados, así como por las nuevas condiciones de riesgo eventualmente adquiridas, aplicando las tarifas que la entidad haya establecido. A tales efectos, la entidad tendrá en consideración la siniestralidad causada por cada asegurado a título individual.

Asimismo, la prima correspondiente a cada asegurado quedará determinada por la composición del grupo asegurado según el número de asegurados y, en su caso, sus edades. Cualquier modificación en la composición del grupo asegurado dará lugar a la consiguiente e inmediata adecuación de la prima a la nueva entidad del riesgo respecto al nuevo grupo asegurado.

La entidad podrá modificar las primas, así como las franquicias previstas en el Anexo de Coberturas, tomando en consideración los cálculos técnico-actuariales sobre siniestralidad, la modificación de los costes asistenciales y las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar.

Artículo 10º.- Modificaciones en el riesgo

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la entidad, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

No se considerarán agravaciones del riesgo las variaciones de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado.

Se considerarán modificaciones en el riesgo los cambios de domicilio del asegurado, debiendo ser notificados a la entidad de forma inmediata.

Artículo 11º.- Subrogación

El asegurado debe facilitar la subrogación a la entidad, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo. La entidad no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los

derechos en que se haya subrogado. El asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a la entidad en su derecho a subrogarse.

La entidad no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado, de acuerdo con la ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este caso, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

Si la entidad y el asegurado concurren frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Artículo 12º.-Indicación inexacta de la edad

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la entidad sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por la entidad.

Artículo 13º.- Comunicaciones

Las comunicaciones de la entidad al tomador del seguro y, si procede, al asegurado y beneficiario/s se realizarán en el domicilio de éstos que conste en la póliza o en el que hubiese sido notificado fehacientemente con posterioridad a la entidad.

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del tomador tendrán los mismos efectos que si los hubiera realizado el propio tomador siempre que sean corroboradas por éste último. El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro al agente o corredor de seguros no se entenderá realizado a la entidad, salvo que, a cambio, el agente o corredor entregue al tomador del seguro el recibo de prima de dicha entidad.

Artículo 14º.- Prescripción

El plazo de prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza es de cinco años contados desde el día en el cual pudiesen ejercitarse.

Artículo 15º.- Competencia de jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 16º.- 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:

- a. Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.
- b. 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.

- c. 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.
- d. 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.

Ponemos a su disposición un teléfono de información exclusiva sobre quejas y reclamaciones: 900 898 120, disponible de lunes a viernes, en el horario 8:30 a 20:00 horas.

Artículo 17º. 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.

Artículo 18º.- Protección de los datos personales

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 Crèdit 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 Crèdit 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 Horitzón 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.

Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A.

La aseguradora:



El tomador recibe y acepta la totalidad de las presentes Condiciones Generales que le son entregadas y constituyen, junto a la solicitud de contratación, y, en su caso, Condiciones Particulares y Especiales, el contrato de seguro. Asimismo el Tomador manifiesta haber recibido, con anterioridad, toda la información prevista en los artículos 104 a 106 del Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados, de conformidad con el artículo 107 de dicho texto normativo.

El tomador: