

NOVIEMBRE 2011



[mapfre.com](http://mapfre.com)



## Seguro de Asistencia Sanitaria MAPFRE

### Caja Salud Familiar

Oferta exclusiva para afiliados/as a UGT

#### CONTACTO:

Alberto Elvira Velázquez

Móvil: 655351449

[laelvir@mapfre.com](mailto:laelvir@mapfre.com)



## CAJA SALUD FAMILIAR

Es el Seguro de Asistencia Sanitaria que te garantiza asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a través de nuestros servicios concertados, más de 32.000 profesionales y 450 centros sanitarios, que puedes consultar en [www.mapfre.com](http://www.mapfre.com). Ponemos a tu disposición los medios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos más avanzados.

### COMPRUEBA TÚ MISMO LAS GARANTÍAS A LAS QUE PODRÁS ACCEDER:

- Asistencia primaria.
- Asistencia especializada.
- Asistencia hospitalaria.
- Segundo diagnóstico y acceso a la red hospitalaria de EE.UU.
- Once programas de medicina preventiva y rehabilitadora.
- Reproducción asistida\*.
- Podología.
- Trasplante de órganos.
- Prótesis e implantes\*.
- Tratamiento de la psicoterapia.
- Conservación de las células madre de la sangre del cordón umbilical (SCU).
- Adopción nacional e internacional.
- Osteopatía.
- Estudio biomecánico de la marcha.

### ADEMÁS TE OFRECEMOS:

- **Garantía bucodental.** Asistencia odontológica completa gratuita, salvo ortodoncia, para menores de 15 años. Franquicias reducidas y servicios básicos gratuitos (consultas, Rx, limpieza de boca y extracciones simples) para mayores de 15 años.
- Seguro de accidentes\*.
- Asistencia urgente en el extranjero y traslados en el territorio nacional.
- Orientación telefónica 24h.
- Canal salud.
- Orientación Pediátrica (sin coste adicional para el asegurado).
- Orientación Psicológica (sin coste adicional para el asegurado).

### VENTAJAS ADICIONALES:

#### Por ser asegurado, descuentos y precios especiales en:

- Medicina complementarias: homeopatía, acupuntura y medicina natural.
- Cirugía de la presbicia (vista cansada).
- Cirugía refractiva de la miopía, astigmatismo e hipermetropía.
- Balón intragástrico.
- Medicina estética, balnearios y tratamientos termales.
- Estudio del perfil genético de la obesidad.
- Servicios específicos para mayores.
- Test de cribado del cáncer de colon en sangre.
- Cribado neonatal ampliado.

\* Según condiciones generales.

## OFERTA PARA AFILIADOS A SINDICATOS

### PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO

(incluida garantía bucodental)

|                 | Primer recibo | Sucesivos | Total     |
|-----------------|---------------|-----------|-----------|
| de 0 a 35 años  | 43,27€        | 42,50€    | 510,77€   |
| de 36 a 55 años | 46,27€        | 45,45€    | 546,22€   |
| de 56 a 65 años | 91,52€        | 89,90€    | 1.080,42€ |

- Prima independiente del sexo. Válida hasta el 31/12/2012.
- Posibilidad de fraccionar el pago sin recargos.
- Sin gastos de documentación.
- Sin copagos.
- Edad límite de incorporación, 65 años.
- Imprescindible acreditación de pertenencia al colectivo con antigüedad mínima de 6 meses y último recibo de cuota domiciliado al corriente de pago.

### INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN Y ENVÍO:

Si desea solicitar la contratación del seguro, cumplimente los datos de la Solicitud de Contratación adjunta conforme a las siguientes instrucciones:

- 1 | Detalle los datos del tomador del seguro. Indíquenos la fecha de efecto solicitada, como fecha de entrada en vigor del seguro.
- 2 | Rellene los datos de los asegurados a incluir en la póliza, indicando el tipo de documento de identificación personal (NIF, PASAPORTE o NIE) y el número del mismo.
- 3 | Indique el domicilio de asistencia, que deberá ser el mismo para toda la unidad familiar.
- 4 | Cumplimente los datos de la entidad bancaria y el código de cuenta (20 dígitos) para la domiciliación del cobro de los recibos. Elija la forma de pago.
- 5 | Responda SI/NO a todas las preguntas incluidas en el cuestionario. Para la debida tramitación de esta solicitud, es imprescindible que se conteste a la totalidad de las preguntas.
- 6 | En caso de que alguna de las respuestas se haya realizado en sentido afirmativo, amplíe la misma en el apartado incluido para ello.

### IMPRESINDIBLE FIRMAR LA SOLICITUD Y EXTRACTO

Para contratar la póliza o ampliar información pueden contactar con cualquier oficina de MAPFRE o en el teléfono **902 20 40 60**.

## BOLETÍN DE ADHESIÓN - SEGURO COLECTIVO

|                              |                                    |                                    |                                     |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>DATOS DEL SOLICITANTE</b> |                                    | Nº de Póliza/Familia: 5082631      | Fecha Efecto                        |
| Nombre                       |                                    | N.I.F./P.T.E.                      |                                     |
| Fecha de Nacimiento          | Sexo                               | Estado Civil                       |                                     |
| Domicilio                    |                                    |                                    |                                     |
| Localidad                    |                                    | C.P.                               |                                     |
| Provincia                    | Teléfono                           | Nº Empleado                        | e-mail                              |
| Domiciliación de recibos     |                                    |                                    |                                     |
| Forma de pago:               | <input type="checkbox"/> Anual     | <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> Trimestral |
|                              | <input type="checkbox"/> Bimestral | <input type="checkbox"/> Mensual   |                                     |

| DATOS DE LOS ASEGURADOS   | ASEGURADO TITULAR | ASEGURADO 2 | ASEGURADO 3 | ASEGURADO 4 |
|---|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre  |                   |             |             |             |
| Apellido 1  |                   |             |             |             |
| Apellido 2  |                   |             |             |             |
| Parentesco con el titular                                       |                   |             |             |             |
| Sexo/Fecha de Nacimiento  |                   |             |             |             |
| N.I.F. <input type="checkbox"/> P.T.E. <input type="checkbox"/> |                   |             |             |             |
| Profesión   |                   |             |             |             |

| CUESTIONARIO DE SALUD (Contestar "SI" o "NO")  | Titular | Aseg. 2 | Aseg. 3 | Aseg. 4 |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Peso (kg.) y Estatura (cm.).....   | /       | /       | /       | /       |
| 1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, síntoma, lesión o limitación física? ¿Ha padecido alguna dolencia que la haya mantenido incapacitado?..... |         |         |         |         |
| 2. ¿Ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente / tratado en un centro sanitario?.....  |         |         |         |         |
| 3. ¿Se encuentra en tratamiento, control médico o toma alguna medicación?.....   |         |         |         |         |
| 4. ¿Se ha realizado algún estudio y/o sometido a algún tratamiento para la esterilidad?.....   |         |         |         |         |
| 5. ¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? (En caso afirmativo aportar condiciones particulares y último recibo abonado).....       |         |         |         |         |

En caso afirmativo, ampliar información (evolución, fechas, situación actual, tratamiento médico, etc.)  
 .....  
 .....

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE FAMILIAR acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.  
 El abajo firmante reconoce como suyas las declaraciones efectuadas anteriormente sobre su estado de salud y el de su familia, aunque no sean de su puño y letra, y sabe que las ocultaciones e inexactitudes en las respuestas podrían originar la reducción o incluso la pérdida total de las prestaciones garantizadas.  
 En caso de que el asegurado carezca de número de Identificación de Extranjeros, se compromete a aportarlo a MAPFRE FAMILIAR una vez lo tenga en su poder.

En.....a.....de.....de.....  
**Firma del Asegurado Titular**

**GARANTÍAS**  Asistencia Sanitaria  Garantía Bucodental

|                        |            |                                |
|------------------------|------------|--------------------------------|
| <b>Notas</b>           |            | <b>Control de Contratación</b> |
| Sobreprimas: Profesión | Enfermedad |                                |
| Subcentral             | Oficina    | Clave de Intervención          |

## EXTRACTO DE CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO CAJA SALUD FAMILIAR

En este extracto figuran las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos de los asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador/Asegurado Titular, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

### CAJA SALUD FAMILIAR

#### LIMITACIONES GENERALES A TODAS GARANTÍAS

El Asegurador no se hace cargo de los honorarios que correspondan a facultativos o centros hospitalarios ajenos a su cuadro médico no incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente. No tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de extinción de la póliza.

#### OBJETO DEL SEGURO (Art. 2º)

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

#### LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR GARANTÍAS (Art. 3º)

**ASISTENCIA PRIMARIA:** El servicio de hospitalización a domicilio precisará la autorización previa y comprenderá la atención por médico general. Por el personal de enfermería solo se aplicarán inyectables, sueroterapia, sondajes y curas. El servicio de ambulancia requerirá orden facultativa por escrito. Servicios no cubiertos: productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, empapadores, aparatos ortopédicos, monitorizaciones, aparatos de rehabilitación pasiva y en general cualquier producto o asistencia utilizado con fines sociales. **ASISTENCIA ESPECIALIZADA** Servicios no cubiertos: La educación para el lenguaje, salvo en patología orgánica de los órganos de la fonación; la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento y ocupacional. Los test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, así como la rehabilitación psicococial o neuropsicológica, sofrología y narcolepsia ambulatoria. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, como organometría, acupuntura, homeopatía y similares y los tratamientos cosméticos y estéticos. La ortesis y prótesis ópticas, auditivas, (salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de pene, testículo y de mama), D.I.U. (salvo en los programas de medicina preventiva), y en general, cualquier aparato ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación y los productos farmacéuticos, vacunas y jeringuillas. La hipertermia prostática, tratamientos con cámara hiperbárica, rehabilitación del suelo pélvico, terapia fotodinámica y cualquier técnica novedosa o de nueva implantación no incluida en la presente póliza. En ventiloterapia, el CPAP, BIPAP y los monitores de APNEA. En odontostomatología la periodoncia, endodoncia, los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentales y los implantes. **HOSPITALIZACIÓN.** Será necesaria autorización previa de al menos 48 horas. En todas las garantías hospitalarias: Únicamente se cubrirán los honorarios de los profesionales concertados que intervengan en la hospitalización siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan. Servicios no cubiertos: Los servicios hosteleros y sociales, comidas del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y la cama del acompañante en unidades especiales; los traslados para tratamientos de rehabilitación o enfermedades crónicas y los gastos de desplazamiento originados por asistir fuera de la localidad del asegurado a centros médicos y hospitales. En la hospitalización quirúrgica: Servicios no cubiertos: la cirugía y los tratamientos de estética en general, tratamiento de la esclerosis venosa, rinoplastias, cirugía reductora y reconstructora de la mama salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica, la cirugía de la obesidad, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, la cirugía de la transexualidad; el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi y la cirugía estereotáctica del parkinson y el coste de los implantes cocleares. En la hospitalización médica: Servicios no cubiertos: los internamientos para curas de reposo o adelgazamiento, las estancias en residencias asistidas, geriátricos, los tratamientos en balnearios. En la hospitalización psiquiátrica: Servicios no cubiertos: la hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos; test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, sofrología y narcolepsia. Existe un límite de 60 días por asegurado/año en afectados por procesos agudos o crónicos reagudados. **TRATAMIENTOS Y SERVICIOS ESPECIALES.** Sólo se llevarán a cabo por los facultativos y en los centros médicos hospitalarios designados por la Entidad que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio de Asegurado. Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra del cuadro asistencial de MAPFRE FAMILIAR y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas, con un máximo de 20 sesiones año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales. **MEDICINA PREVENTIVA:** Servicios no cubiertos: el coste de las vacunas; estudios genéticos; técnicas de recuperación postparto y con un límite de 15 horas para las técnicas de preparación al parto; rehabilitación cardíaca con 30 sesiones por paciente. Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses, con un máximo de 20 sesiones/año de logopedia. **REPRODUCCIÓN ASISTIDA:** será necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de esta póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva, que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación "in vitro". Servicios no cubiertos: la congelación/descongelación de embriones y esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma. En el caso de técnicas ICSY o micro inyección espermática existe franquicia a cargo del asegurado. **PODOLOGÍA:** máximo 4 sesiones de quiropodología al año. **TRASPLANTES DE ÓRGANOS:** sólo trasplantes de córnea, corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas y médulas ósea. Queda excluida la gestión y los gastos derivados de su obtención. **PRÓTESIS E IMPLANTES:** exclusivamente los recogidos en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales, autorizados previamente por la Aseguradora, y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. Se excluyen los injertos osteoconductores, osteoconductores y los celulares. **OSTEOPATÍA:** máximo 8 sesiones por asegurado y año. Existe una franquicia a cargo del asegurado que se recoge en el Anexo I. **ESTUDIO BIOMECÁNICO DE LA MARCHA:** Se cubre la realización de un estudio cada 5 años y en niños (hasta 14 años de edad) la realización de un estudio cada 2 años. **RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA:** Exclusivamente el 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios previo abono de la factura. **PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS.** Según se indica en el Anexo I de las Condiciones Generales. Dicho importe se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales. **PERIODOS DE CARENANCIA.** Para determinadas prestaciones, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia: **CARENANCIA DE 6 MESES:** en caso de intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo; resonancia magnética; PET, gammagrafía, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, Tac coronario, diálisis, litotricia extracorpórea urológica, oncología médica o radioterápica; resto de tratamientos y servicios especiales; las garantías de segundo diagnóstico, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U. y Rehabilitación; Consulta/Tratamiento de Osteopatía, Consulta/Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal. **CARENANCIA DE 8 MESES:** asistencia a embarazo, parto o cesárea. **CARENANCIA DE 48 MESES:** adopción nacional e internacional. (El inicio de los trámites de adopción deberá haberse solicitado una vez transcurrido el periodo de carencia indicado desde el alta del asegurado en póliza). Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida. El periodo de carencia se aplicará con relación al alta más reciente de los miembros de la pareja si no han contratado en la misma fecha.

**EXCLUSIONES GENERALES (Art. 5º).** Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

- Salvo autorización expresa de MAPFRE FAMILIAR queda en todo caso excluida la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE FAMILIAR, los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por servicios que dichos facultativos pudieran ordenar, así como el reembolso de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización.

- La asistencia sanitaria a toda clase de enfermedades, defectos y malformaciones contraídas y manifestadas antes de la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas, salvo que hubieran sido aceptadas por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza.

- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

- La asistencia sanitaria resultante de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las derivadas de la práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.

- La asistencia sanitaria derivada de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.

- La asistencia sanitaria como consecuencia de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.

- La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción.

- La asistencia sanitaria en las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como las epidemias declaradas oficialmente.

- Chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo y cualquier estudio genético de secuenciación completa, tanto los obtenidos mediante una sola prueba, como los obtenidos mediante sumatorio de pruebas fraccionadas, los estudios genéticos que no tengan un claro rendimiento terapéutico y aquellos con una finalidad preventiva excepto los incluidos en los programas de medicina preventiva expresamente pactadas en la póliza.

- El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.

- La interrupción del embarazo que no tenga su origen en causas médicas de acuerdo con lo dispuesto en las Condiciones Generales.

#### CLÁUSULA GENERAL DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

El asegurado titular autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y durante la vigencia del contrato, la actualización de los mismos y los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas con motivo del desarrollo del contrato, para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro.
- La realización de estudios estadísticos y control de calidad.
- Remitirle información, incluso por vía electrónica, sobre productos y servicios, ofertas, promociones, obsequios y campañas de fidelización de MAPFRE FAMILIAR y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), incluso una vez extinguida la relación contractual existente.
- Remitirle información sobre sistemas de seguridad.
- Realizar análisis de siniestralidad.
- Prevenir el fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro, así como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual.
- Gestión de otras solicitudes o contratos de seguro de cualquiera de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com). Asimismo, acepta que sus datos, excluidos los de salud, puedan ser comunicados entre el tomador del seguro y la aseguradora para el cumplimiento de todas las finalidades indicadas anteriormente. Y acepta que la aseguradora comunique los referidos datos exclusivamente para las finalidades anteriores, a otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios de reparaciones domiciliarias, de automoción o de atención a personas del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiales y participadas, así como a otras personas físicas o jurídicas que, asimismo, desarrollen cualesquiera de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, incluso cuando la cesión suponga una transferencia internacional de datos, todo ello tanto si se formalizase o no operación alguna como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente; y, a que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación garantizada en el contrato, solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero de datos personales está ubicado en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid) o a cualquier oficina de MAPFRE.

Vd. Puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal para las finalidades indicadas anteriormente distintas del cumplimiento de la relación contractual. En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del asegurado titular, éste deberá, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como copia del presente documento, que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA N°

Nombre y Apellidos del Tomador / Asegurado Titular del Seguro

Firma: