

CUESTIONARIO MÉDICO COMPLEMENTARIO / ADDITIONAL MEDICAL QUESTIONNAIRE

SPAIN

Utmost Wealth Solutions es la marca utilizada por varias empresas de Utmost. Este documento ha sido publicado por Utmost Luxembourg S.A. / *Utmost Wealth Solutions is the brand name used by a number of Utmost companies. This item has been issued by Utmost Luxembourg S.A.*

Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa. Toda referencia a un género incluye una referencia al otro género. Por favor complete todos los campos en mayúsculas. / *Words in singular include the plural and vice versa. A reference to one gender includes a reference to the other gender. Please fill out in block capitals.*

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y COMUNICACIÓN DE DATOS PERSONALES, INCLUIDOS DATOS PERSONALES RELATIVOS A LA SALUD / *DECLARATION OF CONSENT FOR THE PROCESSING OF DATA, INCLUDING HEALTH RELATED PERSONAL DATA*

(para su uso con el cuestionario de salud adicional/informe médico) / *(to be used with Additional Medical Questionnaire/Medical Examination Report)*

NOTA INFORMATIVA / INFORMATION NOTICE

Durante la solicitud de la póliza de seguro de vida con número (la «**Póliza**») con una cobertura por fallecimiento adicional, tal como se define en la documentación contractual, Utmost Luxembourg S.A., con domicilio social en 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxemburgo, Gran Ducado de Luxemburgo (la «**Aseguradora**»), actúa como responsable del tratamiento en virtud del Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 («**RGPD**»). / *In the*

context of the application for the life insurance Policy with number (the “Policy”) with an additional death cover as defined in the contractual documentation, Utmost Luxembourg S.A., having its registered office at 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg (the “Insurer”), is acting as a data controller in accordance with EU General Data Protection Regulation 2016/679 (“GDPR”).

Conforme a lo establecido en el artículo 6 y el artículo 9 del RGPD, respectivamente sobre la licitud del tratamiento y sobre el tratamiento de categorías especiales de datos personales, la Aseguradora solicita el consentimiento explícito para recabar, tratar y comunicar sus datos personales, incluidos aquellos relacionados con la salud, a la reaseguradora, Hannover Rück SE, que actúa asimismo como responsable del tratamiento y que tiene su domicilio social en Karl-Wiechert-Allee 50, 30625 Hannover, Alemania, (la «**Reaseguradora**»), con el objeto de preparar, ejecutar o terminar la Póliza. / *Pursuant to article 6 and article 9 of GDPR, respectively on the lawfulness of processing and on the processing of special categories of personal data, the Insurer asks for your explicit consent to collect, process and communicate your personal data, including health related personal data, to the reinsurer, Hannover Rück SE, that acts as an independent data controller, with a registered office at Karl-Wiechert-Allee 50, 30625 Hannover, Germany, (the “Reinsurer”), for the purposes of the preparation, execution or termination of the Policy.*

CUESTIONARIO MÉDICO COMPLEMENTARIO / ADDITIONAL MEDICAL QUESTIONNAIRE

Antes de firmar esta declaración de consentimiento, es importante que entienda qué datos recabará, tratará y comunicará la Aseguradora y que lea y comprenda la «declaración de protección de datos en virtud de los artículos 13 y 14 del Reglamento General de Protección de Datos de la UE (RGPD)» de la reaseguradora, disponible en: www.hannover-re.com/182774/data-privacy. La declaración de protección de datos le explica cómo la Reaseguradora, sus filiales y asociados recopilan los datos personales y el uso que realizan al prestar sus servicios como una empresa de reaseguros. / *Before signing this declaration of consent, it is important that you understand which data the Insurer will collect, process and transfer and to read and understand the Reinsurer's "Data Privacy Statement pursuant to Art. 13 and 14 EU General Data Protection Regulation (GDPR)" available on: www.hannover-re.com/182774/data-privacy. The Data Privacy Statement explains how the Reinsurer and its subsidiaries and affiliates collect personal data and how they use it when they provide their services as a reinsurance business.*

¿QUÉ DATOS, INCLUIDOS LOS DATOS PERSONALES RELATIVOS A LA SALUD, RECABARÁ, TRATARÁ Y COMUNICARÁ LA ASEGURADORA A LA REASEGURADORA EN CASO DE QUE UD. CONSIENTA LA COMUNICACIÓN? / WHICH DATA, INCLUDING HEALTH RELATED PERSONAL DATA WILL THE INSURER COLLECT, PROCESS AND COMMUNICATE TO THE REINSURER?

La Aseguradora proporcionará a la Reaseguradora: / *The Insurer will provide the Reinsurer with:*

- › su cuestionario de salud adicional completado por Ud.; / *the Additional Medical Questionnaire completed by you;*
- › el informe relativo al examen médico (según proceda) rellenado por el médico o profesional sanitario asignado; y / *the Medical Examination Report (where applicable) completed by your designated physician or other health professional; and*
- › los resultados de exámenes médicos de análisis de partes corporales o de sustancias corporales solicitados (según proceda) que, en su conjunto o de forma individual, puedan revelar información relacionada con su estado físico o psíquico pasado, presente o futuro conjuntamente los tres puntos de esta sección, (los «**Datos**»). / *the results of the requested medical examinations of a body part or bodily substance (where applicable), which together or independently may reveal information relating to your past, current or future physical or mental health status (the "Data").*

¿POR QUÉ ES NECESARIO RECABAR Y TRATAR SUS DATOS, INCLUIDOS SUS DATOS PERSONALES RELATIVOS A LA SALUD? / WHY DOES YOUR DATA, INCLUDING HEALTH RELATED PERSONAL DATA, NEED TO BE COLLECTED AND PROCESSED?

Recabar, tratar y comunicar sus datos personales es necesario para poder llevar a cabo la conclusión y la ejecución de la Póliza con cobertura adicional de fallecimiento, tal como se indica en los documentos contractuales. / *The collection, processing and communication of your personal data is necessary for the conclusion and performance of the Policy with an additional death cover as indicated in the contractual documentation.*

Como Aseguradora responsable de la Póliza con cobertura adicional de fallecimiento, Utmost Luxembourg S.A. necesita valorar los riesgos relacionados con la salud y la longevidad del tomador del seguro, tal como aparece definido en la documentación contractual, para poder calcular y aplicar de forma correcta los cargos por mortalidad (si procede) a la Póliza y así garantizar la cobertura de fallecimiento específica solicitada. / *As the insurer of the Policy with an additional death cover, Utmost Luxembourg S.A. needs to assess the risks associated with the health and longevity of the Life Assured, as defined in the contractual documentation, in order to correctly calculate and apply the mortality charges (if applicable) to the Policy to guarantee the specific death cover required.*

Dado que la Aseguradora realiza la suscripción médica junto con la Reaseguradora, esta información será comunicada a la Reaseguradora y a aquellos en que esta delegue con el objetivo de realizar la evaluación de riesgos y siniestros, el control de la acumulación de riesgos, para fines contables, estadísticos o relacionados con el negocio de reaseguros. / *As the Insurer performs the medical underwriting together with the Reinsurer, this information shall be transferred to the Reinsurer and its delegated parties in order to perform the risk and claims assessment, control of risk accumulation, for the accounting, statistical or related reinsurance business purposes.*

¿CUÁL ES LA BASE JURÍDICA PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES RELATIVOS A LA SALUD? / WHAT IS THE LEGAL BASIS UNDER WHICH YOUR HEALTH RELATED PERSONAL DATA WILL BE PROCESSED?

Conforme a lo establecido en el artículo 6 y el artículo 9 del RGPD, respectivamente sobre la licitud del tratamiento y sobre el tratamiento de categorías especiales de datos personales, la legalidad del tratamiento de sus datos estará basada en su consentimiento explícito. / *Pursuant to article 6 and article 9 of GDPR, respectively on the lawfulness of processing and on the processing of special categories of personal data, the lawfulness of the processing of your Data shall be based on the explicit consent given by you.*

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE CONSERVARÁN SUS DATOS? / HOW LONG WILL YOUR DATA BE STORED?

El plazo de conservación y las garantías aplicables tienen en cuenta la naturaleza, el alcance y los fines del tratamiento de Datos y no serán inferiores a la duración de la Póliza para la que se recabaron y trataron los Datos, ni superiores a la limitación de conservación aplicable en cada momento. La Aseguradora y la Reaseguradora adoptarán y mantendrán las medidas técnicas y organizativas adecuadas para proteger los datos personales de cualquier violación accidental o ilícita de la seguridad de los datos. / *The storage period and the applicable safeguards take into account the nature, scope and purposes of the Data processing and will be not shorter than the existence of the Policy for which the Data was collected and processed and not longer than the storage limitation as applicable from time to time. The Insurer and the Reinsurer shall take and maintain the appropriate technical and organisational measures to protect the personal data against any accidental or unlawful data breach.*

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS RESPECTO A SUS DATOS? / WHAT ARE YOUR RIGHTS REGARDING YOUR DATA?

Además de los derechos definidos en el RGPD: derecho de acceso (artículo 15) a sus datos personales recopilados y tratados por la Aseguradora como responsable del tratamiento, derecho de rectificación (artículo 16) de cualquier dato inexacto, derecho de supresión (artículo 17) de los datos personales y a la limitación o a la objeción al tratamiento (artículo 21), así como el derecho a la portabilidad de datos (artículo 20), podrá retirar su consentimiento explícito para el tratamiento de sus Datos en cualquier momento. / *In addition to the rights as defined in GDPR concerning the right to access (Article 15) any of your personal data that has been collected and processed by the Insurer as data controller, the right to rectification (Article 16) of any inaccurate data, the right to erasure (Article 17) of personal data in addition to the restriction and/or the objection to processing (Article 21) as well as the right to data portability (Article 20), you have the right to withdraw your explicit consent as to the processing of your Data at any time.*

Retirar su consentimiento no afectará a la legalidad del tratamiento de sus Datos basado en el consentimiento explícito que prestó antes de retirarlo. Sin embargo, esto podría afectar a la conclusión o la ejecución de su Póliza. Por ejemplo, podría dar lugar a que la Aseguradora no pudiera ofrecer cobertura o continuar gestionando la Póliza. / *This withdrawal will not affect the lawfulness of the processing of your Data based on your explicit consent before withdrawal. However, this may impact the conclusion or performance of your Policy. For example, it may result in the Insurer being unable to offer coverage or continue to administer the Policy.*

Si necesita información adicional en relación con sus derechos y las consecuencias del consentimiento, o cualquier otra cuestión relacionada con sus datos personales, puede ponerse en contacto con el delegado de protección de datos de la Aseguradora (el «DPD») por email a data.privacy@utmostgroup.lu o por correo postal a la dirección de la Aseguradora. Puede presentar por escrito una solicitud fechada dirigida directamente al DPD, adjuntando un documento acreditativo de su identidad y una descripción clara y precisa de su solicitud relativa al ejercicio de sus derechos. / *Should you require additional information in relation to your rights and the consequences of your consent, or any other question related to your personal data you may contact the Insurer's Data Protection Officer ("DPO") at data.privacy@utmostgroup.lu or by post at the Insurer's address. You can make a written dated request addressed directly to the DPO together with an identity document and clear and precise description of your request regarding the exercise of your rights.*

Por último, puede presentar una reclamación ante una autoridad de control del Estado miembro donde tenga su residencia habitual, su lugar de trabajo o donde se haya producido la supuesta infracción. / *You have the right to lodge a complaint with a supervisory authority in the Member State of your habitual residence, place of work or place of the alleged infringement.*

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO / DECLARATION OF CONSENT

1. He leído y comprendo la nota informativa y la «declaración de protección de datos» de Hannover Rück SE. / I have read and I understand the above Information Notice and Hannover Rück SE's "Data Privacy Statement".
2. He tenido la oportunidad de analizar la información, plantear preguntas y que estas se me resolvieran satisfactoriamente. / I have had the opportunity to consider the information and ask questions and have had these answered satisfactorily.
3. Comprendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte a la legalidad del tratamiento basado en el consentimiento que he prestado antes de retirarlo. Sin embargo, comprendo que esto podría afectar a la conclusión o la ejecución de mi Póliza. Por ejemplo, podría dar lugar a que la Aseguradora no pudiera ofrecer cobertura o continuar gestionando la póliza. / I understand that I have the right to withdraw my consent at any time, without affecting the lawfulness of the processing based on the consent I have provided prior to withdrawal. However, I understand that this may impact the conclusion or performance of my Policy. For example, it may result in the Insurer being unable to offer coverage or continue to administer the Policy.
4. Autorizo a la Aseguradora a proporcionar a la Reaseguradora los Datos y una copia del cuestionario de salud adicional, del informe médico, así como de los resultados de exámenes médicos o análisis y los documentos relacionados. / I authorise the Insurer to provide the Reinsurer with the Data and a copy of the Additional Medical Questionnaire, the Medical Examination Report and the medical examination or test results and related documents.
5. Comprendo que los Datos serán sometidos a una valoración de suscripción médica. / I understand that the Data will be subject to a medical underwriting assessment.

ANTECEDENTES PERSONALES / PERSONAL HISTORY

- 1 Nombre del Asegurado / Name of Life Assured
- 2 Estatura / Height Peso / Weight
Estado civil / Marital Status
- 3 ¿Ha visitado al médico durante los últimos 5 años por motivos que no sean trastornos menores? (Se considera trastorno menor todo problema que no requiera más de 2 consultas y cuyo tratamiento no haya durado más de 10 días) / Have you consulted a doctor during the last 5 years for any conditions other than minor ailments (A minor ailment is a condition which required no more than 2 consultations and for which any treatment lasted no longer than 10 days)? Sí / Yes No / No
- 4 ¿Está tomando algún medicamento recetado por un médico o necesita hacerse chequeos periódicos como consecuencia de una enfermedad anterior? / Are you currently taking any drugs prescribed by a doctor or are you required to undergo regular checkups as a result of previous illness? Sí / Yes No / No
- 5 ¿Se ha sometido alguna vez al examen del VIH-SIDA o se le ha aconsejado o recomendado hacerse un estudio de ésta o alguna otra enfermedad de transmisión sexual? / Have you ever had a blood test for HIV/AIDS or received counselling or advice on AIDS or any other sexually transmitted disease? Sí / Yes No / No
- 6 a) ¿Cuánto fuma al día? / How much do you smoke per day?
¿Cigarillos? / Cigarettes? ¿Puros? / Cigars? ¿Pipa? / Pipe?
- b) Si ha dejado de fumar, ¿desde cuándo? ¿Fue por consejo de su médico? / If you have given up smoking, when did you stop, and was it on medical advice?
- 7 ¿Alguna vez le ha sido rechazada, postergada o aceptada con reservas una solicitud de seguro médico, accidente o de vida? / Has any proposal for life, accident or health insurance on your life been declined, postponed or accepted on special terms? Sí / Yes No / No

CUESTIONARIO MÉDICO COMPLEMENTARIO / ADDITIONAL MEDICAL QUESTIONNAIRE

8 Ocupación del Asegurado/Campo de estudios / Occupation/ field of study of Life Assured

9 ¿Está Usted, como Asegurado, expuesto a algún riesgo especial en su ocupación o campo de estudios, o viaja o reside usted en países con riesgos políticos o de salud (por ejemplo, trabajos con explosivos, vuelos sin ser pasajero de pago, buceo, paracaidismo, carreras en automotores...)? / Are you, as Life Assured, exposed to any special hazards in your occupation, field of study or avocation or do you travel to or have residence in countries with political or health related risks (e.g. work with explosives, flying other than as a fare-paying passenger, diving, parachuting, motor racing, ...)? Sí / Yes No / No

De ser así, le rogamos que nos detalles de más. / If yes please give details.

Podría a continuación detallar la duración y destino de los viajes realizados en los últimos 24 meses así como la duración y destino de los viajes que planea realizar para los próximos 24 meses. / Could you please confirm the travelling destinations and durations in the last 24 months and any expected travel destinations and durations in the coming 24 months?

10 Nombre y dirección de su médico actual / Name and address of current doctor

11 Si la respuesta a una o varias de las preguntas es "Sí", por favor proporcione todos los detalles a continuación, incluyendo fechas. / If any of the questions have been answered with "YES", please give full details below including dates.

Al firmar esta nota informativa y la declaración de consentimiento, doy mi consentimiento voluntario, explícito e incondicional para que la Aseguradora recabe, trate y comunique mis Datos a la Reaseguradora para su posterior tratamiento, tal y como se describe en la nota informativa anterior y en la «declaración de protección de datos» de Hannover Rück SE. / By signing this Information Notice and declaration of consent, I voluntarily and unconditionally consent to the collection, processing and communication of my Data by the Insurer to the Reinsurer for the subsequent processing as described in the above Information Notice and in Hannover Rück SE's "Data Privacy Statement".

Asegurado / Life Assured**FIRMA / SIGNATURE**

Fecha / Date

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar / Place

A WEALTH *of* DIFFERENCEwww.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. está inscrita en el R.C.S. con el número B37604 y está regulada por el Commissariat aux Assurances (CAA)
Domicilio social: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
Utmost Wealth Solutions está registrada en Luxemburgo bajo la denominación social de Utmost Luxembourg S.A.