

## **Cuestionario de Responsabilidad Civil General**

General Liability

### **Se ruega leer estas notas orientativas antes de rellenar el cuestionario**

Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil general en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil general para la empresa que actúa como solicitante.

Es deber del solicitante aportar toda la información que en el cuestionario se indica así como dar a conocer cualquier hecho relevante.

Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda de que constituye un hecho relevante que deba ser comunicado al asegurador, por favor no dude en consultar con su corredor de seguros o asegurador.

Este cuestionario no obliga a la formalización del seguro pero formara parte de cualquier contrato de Seguro que pueda emitirse como consecuencia.

### **Es imprescindible contestar a todas las preguntas contenidas en este cuestionario.**

**EXSEL UNDERWRITING AGENCY S. L.,**  
C/ Hermosilla 77, Planta 2, Oficina 3, 28001 Madrid,  
Teléfono: +91 154 22 69

Correo electrónico: [cotizaciones@exsel.net](mailto:cotizaciones@exsel.net)



**1. DATOS GENERALES**

Nombre Sociedad/ Tomador de la póliza: .....  
Name /Policy holder

C. I. F/N.I.F..... Teléfono: .....

Domicilio.....  
Address

Ciudad: ..... C.P.: .....  
City Postal Code

Inicio de Actividad: .....  
Business Inception

**2. ADEMÁS DEL TOMADOR, ¿DESEA QUE OTRAS PERSONAS FÍSICAS O JURÍDICAS TENGAN CONDICIÓN DE ASEGURADOS EN LA PÓLIZA?**

(In addition to the Policyholder, do you want any other person to be included as an Insured in the Policy?):

SI

NO

En caso afirmativo indique los datos de los mismos así como el vínculo que mantuvieren con el Tomador:  
(If yes, please give details about them and explain the link they have with the Policyholder):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3. ¿FORMA PARTE DE ALGUNA ASOCIACIÓN EMPRESARIAL?**

(Do you belong to any business association?):

- SI  
 NO

En caso afirmativo, indique cuál: (If yes, please give details):

---

---

**4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD** (Description of the business of the Company):

Describa por favor con detalle y exactitud cuál es el tipo de actividad para la cual es requerida la cobertura:

(Please describe in detail what the activity subject to coverage is):

**5. NÚMERO DE EMPLEADOS** (Number of employees):

EMPLEADOS
-----------

**6. ¿EJECUTA TRABAJOS DE INSTALACIÓN, REPARACIÓN O MANTENIMIENTO EN RECINTOS PROPIEDAD DE TERCERAS PARTES?**

(Do you carry out installation, repair or maintenance works in premises owned by third parties?)

- SI  
 NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción de éstas:

(If yes, please give a description of these premises)

---

---

---

---

---

**7. ¿PRESTA SERVICIOS A TERCEROS RELATIVOS AL DISEÑO Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA FABRICACIÓN Y/O MONTAJE POR PARTE DE LOS MISMOS DE CUALQUIER TIPO DE PRODUCTO?**

(Do you provide services relating to the design and technical assistance for the construction and/or assembly of any product to third parties?)

SI

NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción de éstos:  
(If yes, please give a description):

---

---

---

---

**8. ¿REALIZA TRABAJOS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL?**

(Do you perform works outside the national territory?)

SI

NO

En caso afirmativo describa los mismos, señale el país en que se realizan e indique el porcentaje de facturación que representan estos trabajos en relación con la facturación total.

(If yes, please give details regarding these works, the country where they are performed and the turnover percentage that these works represent in relation to the total turnover):

---

---

---

---

**9. SEÑALE LAS CERTIFICACIONES RELATIVAS A ESTÁNDARES DE CALIDAD CONFORME A LAS CUALES DESARROLLA SU ACTIVIDAD, (normas ISO, UNE, etc).**

Please provide details regarding quality standard certifications according to which the Insured is developing his/her activity, (ISO, UNE., etc):

---

---

---

---

**10. ¿SUBCONTRATA SU EMPRESA TRABAJOS?** (Does the Insured subcontract works?)

SI

NO

En caso afirmativo proporcione una breve descripción del tipo de trabajos subcontratados:  
 (If yes please give details about the kind of subcontracted works):

---



---



---

Indique el porcentaje que representan los trabajos subcontratados en relación al volumen de facturación:  
 (Please specify the percentage that subcontracted works represent in relation to total turnover):

\_\_\_\_\_ %

¿Exige su empresa póliza de seguro a las empresas subcontratadas?  
 (Does the Company demand an Insurance Policy to subcontracted third parties?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el importe mínimo de la suma asegurada y coberturas exigidas:  
 (If yes, please give details about the minimum limit of indemnity and required coverages):

---



---



---

**11. DATOS DE FACTURACIÓN** (Turnover details):

a. Año anterior (Previous year):

	EUROS
--	-------

b. Estimación año actual (Current year's estimation):

	EUROS
--	-------

Indique el porcentaje que cada una de las siguientes actividades ha representado en el volumen de facturación anual de todas las entidades que tengan consideración de Asegurados en la Póliza:  
 (Please report the percentage that each of the following activities have represented in the annual turnover of all entities that are covered under the Policy):

<b>Tipo de Servicio y País</b> (Type of service and Country)	<b>Penúltimo año en cerrado</b>	<b>Último año cerrado</b>	<b>Estimación año en curso</b>
<b>Ventas</b> (sales)			
<b>Montajes, instalaciones</b> (Assembly, installation)			
<b>Reparación y mantenimiento</b> (Repair and maintenance)			
<b>Otros ingresos:</b> (Other income)			
<b>Facturación Total</b> (Total Turnover)			

**12. PROPORCIONES LA RELACIÓN DE INMUEBLES E INSTALACIONES UTILIZADAS POR EL ASEGURADO.**

(Please give details of all buildings and facilities used by the Insured)

<b>Inmueble</b> (Property)	<b>Antigüedad</b> (Age)	<b>Superficie</b> (Area)	<b>Vigilancia</b> (Vigilance)	<b>Medidas de Protección</b> (Protection measures)

**13. Facilite una breve descripción de las edificaciones o terrenos colindantes a los citados inmuebles, indicando tanto el uso de los mismos como la distancia aproximada que dista entre ellos.**

(Please give a brief description of the buildings or land adjacent to these properties as well as the use of the same and the approximate distance between them):

<b>Inmueble</b> (Property)	<b>Propiedades y terrenos colindantes</b> (Buildings and lands adjacent)

--	--

**¿Tiene el Asegurado inmuebles o instalaciones fuera del territorio nacional?**

(Is the Insured owner of any property or facilities outside the national territory?)

SI

NO

En caso afirmativo, describa los mismos y especifique el país en donde se encuentran localizados cada uno de ellos:

(If yes, please give details specifying the country where each one of these are located)

---



---



---

**14. SEGURO PREVIO:**

(Previous Insurance coverage)

**a) ¿Cuenta la Compañía actualmente con un seguro de Responsabilidad Civil General en vigor?**

(Does the Company currently have a General Liability insurance coverage?)

SI

NO

En caso afirmativo, por favor aporte información (límites, franquicias, asegurador, fecha de vencimiento y número de años consecutivos en que ha estado asegurada la firma):

(If yes, please give the details on the following: limits, excess, insurer, expiry date, consecutive years insured)

- Compañía Aseguradora actual:  
(Current Insurer)

- Límite de indemnización:  
(Indemnity Limit)

- Prima anual:  
(Annual premium)

- Fecha de renovación:  
(Renewal Date)

**b) ¿Alguna vez algún Asegurador ha rehusado ofrecerle seguro o le ha cancelado alguna póliza?: (en caso afirmativo aporte información)**

(Has any Insurer ever declined coverage to the firm or cancelled a policy? If yes, please give details)

SI

NO

**15. DATOS DEL SEGURO:**

(Insurance data):

**a. ¿Qué límites de indemnización solicita?**

(What Indemnity limit would you want to ask for?)

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 150.000 €   | <input type="checkbox"/> 300.000 €               |
| <input type="checkbox"/> 600.000 €   | <input type="checkbox"/> 1.200.000 €             |
| <input type="checkbox"/> 1.500.000 € | <input type="checkbox"/> 2.000.000 €             |
| <input type="checkbox"/> 3.000.000 € | Otros <input style="width: 150px;" type="text"/> |

**b. ¿Qué franquicia desea que se le aplique?**

(What excess would you like to apply?)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1.500 € | <input type="checkbox"/> 3.000 €  |
| <input type="checkbox"/> 6.000 € | <input type="checkbox"/> Otros <input style="width: 100px;" type="text"/> |

**16. RECLAMACIONES E INCIDENCIAS:** (Claims and incidents)

Es importante que antes de contestar a estas preguntas se hayan realizado las averiguaciones pertinentes entre las personas propuestas para ser aseguradas bajo este seguro.

(It is very important to make the convenient enquires on the prospect insureds that will be covered under this policy before answering the following questions).

**a) ¿Ha habido alguna reclamación, durante los últimos 5 años en relación con la responsabilidad que se pretende asegurar?**

Has any claim(s) been made, during the last 5 years with respect to the liability to be insured under this policy?

- SI
- NO



En caso afirmativo por favor aporte información completa describiendo las mismas, su fecha y cantidades:  
 (If yes, a full answer must be given, including dates, amounts involved and brief details on the nature of the claim.)

Naturaleza de la reclamación (Nature of claim)	Estado (pendiente / cerrada) (Status)	Fechas (Dates)	Cantidades (Amounts)

**b) ¿Tiene conocimiento alguna persona de la empresa, tras haber realizado una indagación completa, de cualquier circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación por responsabilidad civil profesional contra la compañía, sus directores o empleados o sus predecesores en la misma?**

(After full enquiry, is any person from the firm aware of any circumstance(s) which may give rise to a professional liability claim against the Firm, any predecessor of the business, any past or present Director or Employee?)

- SI
- NO

En caso afirmativo, por favor, aporte información detallada y cantidades si fueran conocidas:  
 (If yes, and known, please give details: circumstance(s) and amount(s))

**17. ¿EXISTE ALGUNA OTRA INFORMACIÓN MATERIAL QUE DEBA SER APORTADA AL ASEGURADOR?**

(Are there any other Material facts which ought to be disclosed to Insurers?)

- SI
- NO

## RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL POR PRODUCTOS

(Products General Liability)

**1. Describa los productos que suministre a terceros, indicando su actuación, (fabricante, distribuidor, importador, transportista, etc):**

(Please describe products supplied to third parties, indicating your role, (manufacturer, distributor, importer, carrier, etc):

---



---



---

**2. Señale los terceros a los que suministre sus productos, (consumidor final, proveedores para otras industrias, etc).**

(Please give details regarding third parties to who you supply products to):

---



---



---

**3. ¿Cuenta el Asegurado con certificaciones que acrediten que el desarrollo de su actividad se lleva a cabo conforme a los estándares de calidad?**

(Does the Insured have any certificate accrediting that its activity is held in accordance with the standards of quality?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique las certificaciones:

(If yes, please indicate the certifications):

---



---



---

**4. ¿Realiza el Asegurado controles internos de calidad de materias primas?**

(Does the Insured carry out internal quality controls of the raw materials?)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el tipo de controles:

(If yes, give details regarding these controls):

---



---



---

**5. ¿Realiza el Asegurado controles internos sobre los procesos de fabricación?**

(Please confirm whether the Insured carries out internal controls of manufacturing processes)

SI

NO

En caso afirmativo, indique el tipo de controles:

(If yes, give details regarding these controls):

---



---



---



---

**6. En caso de suministrar productos fuera del territorio nacional, por favor indique los siguientes datos:**

(In case of supplying products outside national territory please provide the following details):

- a) Volumen de facturación correspondiente a las exportaciones en relación a la facturación total. (Percentage turnover corresponding to exports relative to total turnover).

\_\_\_\_\_ %

- b) Desglose el dato de facturación anterior en función de las siguientes zonas geográficas: (Breakdown above data according to the following geographical areas):

Unión Europea: (European Union) \_\_\_\_\_ %  
 África: (Africa) \_\_\_\_\_ %  
 Asia: (Asia) \_\_\_\_\_ %  
 Australia: (Australia) \_\_\_\_\_ %  
 EE.UU./Canadá: (USA/Canada) \_\_\_\_\_ %

**INFORMACIÓN DE INTERÉS**

De conformidad con la Ley 20/2015 de 14 de julio y el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, la Aseguradora cuya cobertura se ha solicitado, declara:

- El contrato de seguro se celebra con Lloyd's Insurance Company S.A. Lloyd's Insurance Company S.A. es una sociedad anónima de nacionalidad belga, con domicilio social en Bastion Tower, Marsveldplein 5, 1050 Bruselas, Bélgica e inscrita en el Banque-Carrefour des Entreprises / Kruispuntbank van Ondernemingen con el número 682.594.839 RLE (Bruselas). Es una compañía de seguros sujeta a la supervisión del Banco Nacional de Bélgica. Su Número de Referencia y otros datos se pueden encontrar en [www.nbb.be](http://www.nbb.be). Dirección del sitio web: [www.lloyds.com/brussels](http://www.lloyds.com/brussels)  
 Correo electrónico: [enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com](mailto:enquiries.lloydsbrussels@lloyds.com)
- El Representante general de la aseguradora en España es Juan Arsuaga, Lloyd's Insurance Company S.A., Calle Pinar 7, 1º Derecha, 28006 Madrid, España.

3. Lloyd's Insurance Company S.A. está autorizada y regulada por el Banco Nacional de Bélgica, Boulevard de Berlaimont 3, 1000 Bruselas, Bélgica, y está regulada por la Autoridad de Servicios Financieros y Mercados, Rue du Congrès 12-14, 1000 Bruselas, Bélgica.
4. Salvo que se establezca lo contrario en el contrato de seguro, la legislación aplicable- es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre y demás normativa de desarrollo o complemento. No será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.
5. El Informe sobre la Situación Financiera y de Solvencia de Lloyd's Insurance Company S.A. estará disponible en [www.lloyds.com/brussels](http://www.lloyds.com/brussels).

LBS0020A 01/01/2019

#### QUEJAS Y

#### RECLAMACIONES

De acuerdo con la Ley 44/2002, la Orden Ministerial ECO/734/2004 y demás normativa de transparencia y protección del cliente de servicios financieros, cualquier queja o reclamación debe dirigirse a:

Servicio de Atención al Cliente  
Lloyd's Insurance Company S.A.  
Calle Pinar, 7, 1º Derecha  
28006 Madrid  
España

Telf: +34 91 426 2312  
Fax: +34 91 426 2394  
Correo electrónico: [lloydsmadrid@lloyds.com](mailto:lloydsmadrid@lloyds.com)

Puede obtener una copia del Reglamento de Funcionamiento de Lloyd's Insurance Company S.A. contactando con el Servicio de Atención al Cliente.

Se acusará pronto recibo y por escrito de su queja o reclamación.

Se le comunicará la decisión sobre su queja o reclamación, por escrito, en un plazo de 2 (dos) meses a partir de la recepción de la misma.

En caso de no quedar satisfecho con la respuesta final o si no ha recibido una respuesta final en el plazo dos meses a partir de la recepción de la queja o reclamación, podrá someter voluntariamente su disputa a arbitraje, en los términos de la Ley Española General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y legislación subordinada relacionada, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje para el caso de que las partes sometan sus divergencias a la decisión de uno o más árbitros.

Usted podría estar legitimado para dirigir su queja o reclamación a la Dirección General de Seguros de España. Los datos de contacto son las siguientes:

Dirección General de Seguros  
Miguel Ángel, 21  
28010 Madrid  
España

Telf.: 952 24 99 82  
Sitio web: [www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp](http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp)

Si contrató su seguro online, también puede presentar una queja a través de la plataforma de resolución de litigios online (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es [www.ec.europa.eu/odr](http://www.ec.europa.eu/odr).

Puede interponer una acción legal ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio,

de acuerdo con el artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro.

**Las anteriores instancias de reclamación son sin perjuicio de su derecho a interponer una acción legal o acudir a un mecanismo alternativo de solución de conflictos de conformidad con sus derechos contractuales.**

LBS0061 01/01/2019

### **DECLARACIÓN**

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas.

Además el abajo firmante declara que ha sido debidamente autorizado por la Sociedad para actuar como su agente con respecto a los asuntos de cualquier naturaleza o clase que se relacionen con o afecten a este cuestionario y a la Póliza.

El abajo firmante se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en el presente cuestionario.

La firma de este cuestionario no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto.

Se acuerda que este cuestionario, junto con cualquier otra información facilitada se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de seguro.

Firmado .....

Cargo .....

Sociedad .....  
(día, mes, año) .....

..... Fecha

\* Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten con su Corredor de Seguros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.

## Protección de datos personales Consentimiento

**Interesado:** El abajo firmante

**Responsable del Tratamiento:**

---

Identidad: EXSEL UNDERWRITING AGENCY, SL – CIF B61551628  
Dirección postal: C/ HERMOSILLA 77, PISO 2, OFICINA 3, 28001 MADRID  
Teléfono: +34.911.542.269  
Correo electrónico: administracion@exsel.net

### DECLARACIÓN

El "interesado" consiente expresamente a que el "responsable del tratamiento" trate sus datos personales, incluidos los relativos a la salud con las siguientes finalidades:

- Las obligaciones del "responsable del tratamiento" como agencia de suscripción, tales como toda actividad de asesoramiento, propuesta o realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro, de celebración de estos contratos y de gestión y ejecución de dichos contratos, en particular en caso de siniestros.
- Las obligaciones del "responsable del tratamiento" en el cumplimiento de la normativa en materia de Prevención del Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo.
- El envío por medios tradicionales y/o electrónicos de información técnica, operativa y comercial acerca de los diferentes productos y/o servicios que proporciona "responsable" en el presente o en el futuro.

El "interesado" consiente en la cesión de los datos a las Entidades Aseguradoras y/o a otros corredores de seguros (personas físicas o personas jurídicas), ya sean del grupo del "responsable del tratamiento" o ajenos a éste, para la emisión de los contratos de seguros pertinentes y las correctas prestaciones derivadas de los mismos.

El "interesado" tendrá derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento, para ello deberá dirigirse al "responsable del tratamiento" en la dirección postal o electrónica que figura en el encabezado de este documento. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento basada en el consentimiento previo a su retirada. En este acto el "interesado" recibe el documento PI-2018-RGPD que contiene la política informativa de la sociedad.

En \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_

El interesado (nombre): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## PI-2018-RGPD

### ¿Quién es el responsable del tratamiento de tus datos personales?

Identidad: EXSEL UNDERWRITING AGENCY, S.L. – B-61551628  
 Dirección postal: C/ HERMOSILLA 77, PISO 2, OFICINA 3, 28001 MADRID (ESPAÑA)  
 Teléfono: 911 542 269  
 Correo electrónico: administracion@exsel.net

### ¿Con qué finalidad tratamos tus datos personales?

En "EXSEL UNDERWRITING AGENCY, S.L." tratamos tus datos personales con el fin de gestionar los contratos de seguro celebrados, así como, gestionar el envío de la información que nos demandes, y facilitarte información de otros servicios que puedan resultar de tu interés.

### ¿Por qué razón utilizamos tus datos personales?

Porque la base legal para el tratamiento de tus datos es la ejecución de contratos de seguros, celebración de estos contratos, así como la asistencia en la gestión y ejecución de dichos contratos, en particular en caso de siniestro.

Estos datos de carácter personal solicitados deben ser facilitados obligatoriamente por considerarse necesarios para el mantenimiento y cumplimiento de las finalidades anteriormente expresadas.

Porque debemos realizar determinados tratamientos cuya legitimación se basa en el cumplimiento de obligaciones legales contenidas en la normativa vigente en materia de Prevención del Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo, en la de la Protección del Cliente, así como en la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal vigente, entre otras.

Para la cesión de los datos a Entidades Aseguradoras y/o Sociedades de Correduría, del Grupo empresarial para la emisión de los contratos de seguros pertinentes y las correctas prestaciones derivadas de los mismos. Los datos de carácter personal solicitados deben ser facilitados obligatoriamente para que puedas acceder a los referidos servicios, por considerarse necesarios para su mantenimiento y cumplimiento y tienen su base legal en el propio consentimiento.

Para la oferta de productos y servicios, así como cualquier acción comercial, que están basadas en el consentimiento que se le solicita, sin que en ningún caso la retirada de este consentimiento condicione la ejecución del contrato.

### ¿Durante cuánto tiempo conservará "EXSEL UNDERWRITING AGENCY, S.L." tus datos?

Los datos personales serán conservados mientras se mantenga la relación precontractual, contractual o mientras no se revoque el consentimiento. Finalizada la relación contractual con EXSEL UNDERWRITING AGENCY, S.L." mantendremos tus datos personales bloqueados durante los plazos de prescripción legal. Trascurrido dichos plazos tus datos serán eliminados.

### ¿A quién comunicaremos tus datos personales?

Los datos podrán ser comunicados a Entidades Aseguradoras, a Sociedades de Correduría y a otras empresas del Grupo de "EXSEL UNDERWRITING AGENCY, S.L.", para la emisión de los contratos de seguros pertinentes y las correctas prestaciones derivadas de los mismos.

### ¿Cuáles son tus derechos cuando nos facilites tus datos personales?

La normativa de protección de datos te confiere los siguientes derechos en relación con el tratamiento de tus datos:

- Derecho de acceso: Conocer qué tipo de datos estamos tratando y las características del tratamiento que llevamos a cabo.
- Derecho de rectificación: Puedes solicitar la modificación de tus datos por ser estos inexactos o no veraces.
- Derecho de portabilidad: Puedes obtener una copia de los datos que estemos tratando.
- Derecho a la limitación del tratamiento: Puedes solicitar la limitación del tratamiento de tus datos en determinadas circunstancias. En este caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o defensa de reclamaciones.
- Derecho a oponerte a la toma de decisiones automatizadas.
- Derecho de supresión: Solicitar la supresión de tus datos cuando el tratamiento ya no resulte necesario.
- Derecho de oposición: Puedes oponerte al tratamiento de tus datos en determinadas circunstancias.
- Derecho a revocar el consentimiento prestado.
- Derecho a interponer una reclamación frente a la autoridad de control (en España la Agencia Española de Protección de Datos).

Para el ejercicio de cualquiera de estos derechos puedes dirigirte a "EXSEL UNDERWRITING AGENCY, S.L." en la dirección postal o en el correo electrónico indicados en el encabezado.