

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:			
NIF:	EDAD:	PESO:	ESTATURA:
Si el declarante no es la persona para la que se solicita el seguro, indique su nombre y relación o parentesco: NOMBRE Y APELLIDOS:		PARENTESCO:	

DATOS DE SALUD:

1. Indique si padece o ha padecido alguna de estas enfermedades (marque lo que proceda):

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL	SI	NO	CIRUGÍA OBESIDAD	SI	NO
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (angina de pecho o infarto de miocardio)	SI	NO	EPOC, BROQUITIS CRÓNICA, BRONQUIECTASIAS, FIBROSIS PULMONAR, HISTIOCITOSIS.	SI	NO
MIOCARDIOPATÍA (arritmias cardiacas, taquicardias)	SI	NO	PARKINSON	SI	NO
ARTERIOESCLEROSIS	SI	NO	LESIÓN MEDULAR	SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO	LESIONES DE NEURONA MOTORA	SI	NO
BY-PASS CARDIACO, BAY-PASS AORTA ABDOMEN O BY-PASS EN EXTREMIDADES	SI	NO	MIELITIS IRREVERSIBLE	SI	NO
INSUFICIENCIA CARDIACA	SI	NO	ESCLEROSIS MÚLTIPLE	SI	NO
ANEURISMAS ARTERIALES	SI	NO	DEMENCIAS	SI	NO
CANCER DE CUALQUIER TIPO O LOCALIZACIÓN, INCLUIDOS PÓLIPOS Y TUMORES en los últimos 5 años	SI	NO	MIASTENIA GRAVIS	SI	NO
LEUCEMIA, LINFOMAS	SI	NO	SINDROME DE FATIGA CRÓNICA	SI	NO
SINDROMES MIELODISPLÁSICOS	SI	NO	FIBROMIALGIA	SI	NO
TALASEMIA MAYOR	SI	NO	HERNIA DISCAL (intervenida o no)	SI	NO
COAGULOPATÍAS (hemofilia, déficit de factores)	SI	NO	CUALQUIER TIPO DE PRÓTESIS ARTICULAR Y/O ÓSEA	SI	NO
ENF. HEPÁTICAS: CIRROSIS, HEPATITIS CRÓNICA, HEMOCROMATOSIS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (Crohn y colitis ulcerosa)	SI	NO	ESQUIZOFRENIA	SI	NO
DIABETES INSULINODEPENDIENTE	SI	NO	TRASTORNOS BIPOLARES	SI	NO
EPILEPSIA	SI	NO	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA	SI	NO
ENFERMEDAD OCULAR como glaucoma, cataratas, enfermedad de retina u otras	SI	NO	DEPRESIÓN (en tratamiento)	SI	NO

2. Indique si padece o ha padecido alguna de estas enfermedades (marque lo que proceda):

VARICES	SI	NO	LITIASIS RENAL (Cólico nefrítico, piedras riñón)	SI	NO
PATOLOGÍA TIROIDEA	SI	NO	LITIASIS VESICULAR (Cálculos biliares, piedras vesícula)	SI	NO
ASMA	SI	NO	MIGRAÑA	SI	NO
ENFERMEDAD CELIACA	SI	NO	PSORIASIS	SI	NO
GOTA (Hiperurcemia)	SI	NO	ULCUS PÉPTICO (Úlcera de estómago o duodeno)	SI	NO
HERNIA DE HIATO	SI	NO			

3. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o ha estado hospitalizado? Y en caso afirmativo: ¿Por qué? ¿En qué fecha? ¿Padece secuelas?

SI	NO

4. ¿Tiene o ha tenido algún defecto físico, deformidad, minusvalía, incapacidad o lesión congénita? En caso afirmativo indique el grado y tipo de discapacidad o minusvalía reconocida o en proceso.

SI	NO

5. ¿Se encuentra en la actualidad bajo tratamiento o seguimiento médico o quirúrgico? ¿Cuál? ¿Por qué motivo?:

SI		NO	

6. ¿Está pendiente de diagnóstico o de recibir resultados de alguna prueba? ¿Cuál? ¿Por qué motivo?:

SI		NO	

7. ¿Padece alguna enfermedad, alteración del estado de salud o síntoma no mencionado anteriormente que le hagan pensar que va a necesitar consultar próximamente con un médico o recibir asistencia sanitaria (por ejemplo, en caso de embarazo)? ¿Cuál?:

SI		NO	

PROTECCIÓN DE DATOS

<p>RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, con CIF V86444965 (Nueva Mutua Sanitaria), e inscrita en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número M0380.</p>
<p>DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS: Nueva Mutua Sanitaria dispone de un Delegado de Protección de Datos, ante el cual usted podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales, dirigiéndose al correo electrónico siguiente: dpo@nuevamutuasantaria.es</p>
<p>FINALIDADES DEL TRATAMIENTO: Los datos que nos ha proporcionado en este cuestionario de salud serán tratados con la finalidad de valorar el riesgo asegurable y determinar las coberturas y la prima correspondiente a su solicitud, para la gestión y cumplimiento de su contrato de seguro, así como para la prevención del fraude en la contratación. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero (asegurado distinto del tomador), el aportante garantiza que ha solicitado en consentimiento expreso de los titulares para su comunicación a la Mutua, en los términos y para los exclusivos fines expuestos en la presente cláusula, así como de los derechos que les asisten (desglosados seguidamente).</p>
<p>LEGITIMACIÓN: La base legitimadora del tratamiento es la existencia de la relación precontractual que justifica y legitima el tratamiento de los datos obrantes en este formulario a los efectos y exclusivos fines descritos en el apartado anterior de esta cláusula informativa, así como la existencia de una relación contractual a partir de la entrada en vigor del contrato de seguro solicitado.</p>
<p>DESTINATARIOS DE LOS DATOS: Los datos necesarios para la correcta prestación de las coberturas contratadas podrán ser transmitidos entre Nueva Mutua Sanitaria y los médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de los servicios sanitarios y a los exclusivos fines del estricto cumplimiento de dichos servicios.</p>
<p>DERECHOS: Le recordamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición y el derecho a la portabilidad de sus datos, dirigiéndose a la Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, en la C/ Villanueva 14, 4ª, 28001 Madrid, adjuntando a su solicitud copia de su DNI o documento de identificación equivalente en vigor.</p>
<p>EXACTITUD DE LOS DATOS: El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a la Mutua para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Mediante la firma de este documento usted autoriza a la Mutua, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes. La Mutua podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, la Mutua queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).</p>
<p>Para más información sobre nuestra política de protección de datos puede consultar la siguiente página web: http://www.nuevamutuasantaria.es/politica-de-proteccion-de-datos</p>
<p>LA ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA ESTÁ CONDICIONADA A LA ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD POR PARTE DE LA NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA.</p>

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

D. / Dña. (Firma):