CUESTIONARIO DE SALUD

NUEVAMUTUASANITARIA

DATOS PERSONALES

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

DATOS DE SALUD: Marque SI/NO si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

Cualquier tipo de proceso oncológico en los últimos 5 años. **Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos:** Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzehimer, Epilepsia, Paraplejias. **Enfermedades mentales:** Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Discapacidad intelectual, Trastornos de la Conducta Alimenticia. **Enfermedades del sistema endocrino:** Diabetes Mellitus tipo I, Obesidad Mórbida, Alteraciones Corticosuprarrenales. **Enfermedades del sistema Ostemioarticular y tejido Conectivo**: Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiosistis, Distrofias Musculares, Hernia Discal, Escoliosis y Lumbociatalgia. **Enfermedades sistémicas:** Fibromialgia.
Anomalías Congénitas y Cromosómicas. **Enfermedades del sistema circulatorio:** Cardiopatía Isquémica, enfermedades Cerebrovasculares, Arteroesclerosis, Enfermedad Hipertensiva Maligna, Insuficiencia Cardiaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Enfermedades Vasculares. **Enfermedades del aparato respiratorio:** Enfermedad Obstructiva Crónica, Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis. **Enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario:** Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas, Insuficiencia Renal Crónica. **Enfermedades de la sangre y Órganos Hematopoyéticos:** Hemofilia, Anemia Falciforme, Alteraciones de la Coagulación.

SI	**NO**

En caso afirmativo indique cual: _____

PROTECCIÓN DE DATOS

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.
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@nuevamutuasanitaria.es
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).
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.
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.
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.
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).
Para más información sobre nuestra política de protección de datos puede consultar la siguiente página web: http://www.nuevamutuasanitaria.es/politica-de-proteccion-de-datos
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.

En _____**, a**_____ **de** _____ **de 20** _____

D. / Dña. (Firma):