Ferreres & Solé Correduria de Seguros, S.L.

CSIF por ti, contigo

NUEVAMUTUASANITARIA

SOLICITUD DE SEGURO

MEDIADOR:	COLECTIVO:	FECHA ALTA DESEADA: / / 20___

CONTRATAR: ☐ **SALUD ABOGACÍA** ☐ **SALUD PROFESIONAL**

PRODUCTO SALUD: ☐**Cuadro Médico con copago** ☐**Cuadro Médico sin copago**

PRODUCTO SALUD: ☐ **Reembolso 150** ☐ **Reembolso 250** ☐ **Reembolso 400**

PRODUCTO DENTAL: ☐**Dental Verde** ☐**Dental Azul**

MODALIDAD:

☐**FAMILIA JOVEN (cuadro médico sin copago)** ☐**Oferta Nuevo Colegiado (cuadro médico sin copago)**

☐**Escalado por edad (cuadro médico con o sin copago)** ☐**FAMILIA JOVEN Reembolso** ☐ **TRIANUAL**

☐ **INCLUSIÓN DE NUEVO ASEGURADO A LA PÓLIZA Nº** _____ ☐ **CAMBIO DE TITULARIDAD DE LA PÓLIZA Nº** _____

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	
DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:
PROFESIÓN:	

El Tomador, ¿desea ser asegurado de la póliza?: ☐SÍ ☐NO

En caso de respuesta afirmativa, indique:

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ **SEXO:** ☐HOMBRE ☐MUJER **ESTADO CIVIL:** _____

¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL TITULAR DE LA CUENTA:
NIF/NIE/CIF:
NÚMERO DE CUENTA: ES _
PERIODICIDAD RECIBOS PRIMA: ☐MENSUAL ☐TRIMESTRAL ☐ANUAL

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (Asistencia a Domicilio)

DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO:	

DATOS ASEGURADOS

Asegurado 1

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO	

Asegurado 2

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO	

Asegurado 3

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO	

Asegurado 4

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO	

Asegurado 5

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO	

Asegurado 6

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE:	FECHA NACIMIENTO:
SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:
¿APORTA CUESTIONARIO DE SALUD? ☐ SÍ ☐ NO	

OBSERVACIONES A ESTA SOLICITUD

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 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: Sus datos serán tratados con la finalidad de formalizar el contrato de seguro por usted solicitado y ejecutar la prestación sanitaria garantizada. Adicionalmente, sus datos personales, a excepción de sus datos de salud, podrán ser tratados por Nueva Mutua Sanitaria para remitirle comunicaciones comerciales acerca de nuestros productos, servicios y ofertas vinculadas al sector de la salud y el bienestar, por cualquier medio admitido en derecho, incluido el correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación electrónica que usted nos hubiera proporcionado. Si no desea que tratemos sus datos para informarle de nuestros productos y servicios relacionados con la salud y el bienestar puede enviarnos en cualquier momento un email oponiéndose al tratamiento de sus datos con tal finalidad, a la siguiente dirección de correo electrónico: protecciondedatos@nuevamutuasanitaria.es En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero (asegurado distinto del tomador), el aportante garantiza que ha informado a los titulares de 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). Sus datos no serán tratados por Nueva Mutua Sanitaria para la toma de decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, que pudieran producir efectos jurídicos sobre usted o afectarle significativamente de modo singular.
LEGITIMACIÓN: La base legitimadora del tratamiento es la presente solicitud de contrato de seguro, así como el interés legítimo del responsable del tratamiento para el envío de comunicaciones comerciales sobre sus propios productos, relacionados con la salud y el bienestar.
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. Para ejercerlos, puede ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico: protecciondedatos@nuevamutuasanitaria.es, indicando en el Asunto "Derechos Protección de Datos" o, si lo prefiere, por correo postal, dirigido a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Calle Villanueva nº 14, 4º, 28001 de Madrid, especificando qué derecho quiere ejercer y enviando una fotocopia de su DNI o documento de identificación oficial equivalente en vigor.
INFORMACIÓN ADICIONAL: Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial acerca de productos, servicios, ofertas, etc., incluidos el correo electrónico. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a la Mutua, en los términos y los fines expuestos en la presente cláusula.
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 NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA.

En _____, a ____de _____de _____.

D. / Dña. (firma): _____

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, 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 PULMUNAR, 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 (Hiperucemia)	**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

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):