



Idioma: Castellano ☐ Catalán ☐

Núm. Doc. Asoc. A cumplimentar por Mútua ☐ (1) Mod. Doc. Asoc. Código Mediador Zona

Fecha Efecto Periodicidad de pago: M ☐ T ☐ S ☐ A ☐ Revalorización: IPC ☐ Sin ☐ % Fijo ☐

Datos del socio Mutualista

Razón Social/Apellidos y Nombre Sexo H ☐ M ☐ Persona: F ☐ J* ☐

NIF/CIF Dirección Núm. Piso

Población C.P.

Tel. fijo Móvil E-mail

*Si es persona jurídica, rellene estos datos del **apoderado** (también debe adjuntar fotocopia del DNI del apoderado)

Apellidos y Nombre Apoderado NIF

E-mail Móvil Cargo

Datos del Asegurado El mismo socio mutualista ☐ (responder sólo las preguntas con *)

*Trabaja por: cuenta propia ☐ cuenta ajena ☐ NIF/CIF

Nombre y Apellidos Sexo H ☐ M ☐

*Fecha de nacimiento Dirección Núm. Piso

Población C.P.

Tel. fijo Móvil *Tel empresa

E-mail *Deportes que practica

*Profesión *Detalle actividad prof.

Prestaciones y capitales asegurados en €

Opciones de contratación. Marcar con una X, los productos o combinación de productos ofertados, la opción de capitales (A,B,C u otras combinaciones) y la franquicia escogida

☐ Protecció Professional (2)	A ☐	B ☐	C ☐	Otros(1) capitales ☐
☐ Protecció Vida (3) ▶ Incapacidad absoluta por enfermedad ▶ Incapacidad absoluta por accidente ▶ Muerte por enfermedad ▶ Muerte por accidente	30.000€ 30.000€ 30.000€ 30.000€	60.000€ 60.000€ 60.000€ 60.000€	90.000€ 90.000€ 90.000€ 90.000€	
☐ Protecció Accidents (3) ▶ Incapacidad permanente parcial por accidente ▶ Incapacidad permanente absoluta per accidente ▶ Muerte por infarto ▶ Muerte por accidente	%Baremo 30.000€ 30.000€ 30.000€	%Baremo 60.000€ 60.000€ 60.000€	%Baremo 90.000€ 90.000€ 90.000€	
☐ Protecció Baixa (3) Núm días franquicia: 30 ☐ 15 ☐ 7 ☐ 4 ☐ 0 ☐ Cobertura: ☐ Enfermedad + Accidentes ☐ Enfermedad ☐ Accidentes ▶ Baja Laboral ▶ Hospitalización	30€ 60€	60€ 120€	90€ 180€	

(1) En caso de inclusión/reducción/ampliación de capitales asegurados, especificar el capital deseado

(2) Los diferentes capitales que se especifican, podrían ser acumulables según el tipo de contingencia que se produzca

(3) Los diferentes capitales que se especifican, en ningún caso serán acumulables y solo se podrá recibir uno de los capitales especificados

En _____, a _____ de _____ de _____

El/la mediador/a

El/la Mutualista

El/la Asegurado/a

AVÍSO LEGAL:**1.- Identificación del titular responsable del tratamiento:**

El titular responsable del tratamiento de los datos:

MUTUA DE TERRASSA Mutualitat de Previsió Social, (de ahora en adelante, la MUTUALIDAD), con NIF núm. V08413460 y domicilio social en Terrassa, calle Sant Antoni, 32

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS: dpd@mutuaterrassa.cat

2.- Finalidad del tratamiento, base legal y plazos de conservación

- En la MUTUALIDAD tratamos los datos personales de los solicitantes y potenciales tomadores y asegurados para las siguientes finalidades:
 - Para atender cualquier solicitud que nos haga llegar a través de los formularios habilitados.
 - Para evaluar el riesgo de la solicitud en base a los datos que usted nos proporciona.
 - Para elaborar análisis estadísticas, mediciones y estudios de mercado sobre los productos y servicios ofertados por la MUTUALIDAD, los usuarios y sus necesidades, tendencias, intereses y preferencias.
 - Para remitir comunicados sobre productos de la MUTUALIDAD: El usuario podrá comunicar su deseo de no recibir más comunicaciones comerciales siguiendo las instrucciones que se indiquen al pie de cada una de las comunicaciones comerciales remitidas.
- Bases legales para el tratamiento:
 - Su consentimiento es considera otorgado al rellenar la presente solicitud.
 - El interés legítimo de la MUTUALIDAD para el envío de información comercial y la elaboración de estudios de mercado.
 - Así mismo, en cumplimiento de la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información 34/2002 del 11 de julio, les indicamos que al informar el campo email o teléfono móvil nos autoriza a utilizar estos medios para la realización de comunicaciones directamente relacionadas con las finalidades indicadas.
- El plazo de conservación: Los datos se conservarán indefinidamente mientras no nos solicite su supresión.

3.-Destinatarios de los datos personales

- La MUTUALIDAD podrá comunicar los datos tratados, a otras entidades u organismos públicos relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos o de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro o co-seguro, según establece la ley 30/1995 de ordenación de los seguros privados.
- Por obligación legal: a jueces, tribunales que lo soliciten por vía judicial o en el marco de una investigación policial.

4.-Derechos de los titulares de los datos

Cualquier persona tiene derecho a obtener información sobre qué datos está tratando.

A continuación, le indicamos sus derechos:

- Los interesados tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para las finalidades para las cuales fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en este caso únicamente se conservarán para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La MUTUALIDAD dejará de tratar los datos, excepto por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Portabilidad: El interesado tendrá derecho a recibir los datos personales que le incumban, que haya facilitado a la MUTUALIDAD, en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica cuando:
 - a) el tratamiento esté basado en el consentimiento o en un contrato, y b) el tratamiento se efectúe por medios automatizados.

Le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control (AEPD.- www.agpd.es) en caso de que no haya visto satisfechos el ejercicio de sus derechos aquí indicados.

Para ejercer los citados derechos puede ponerse en contacto con nosotros a través de correo postal o electrónico a las direcciones indicadas en el apartado 1, identificando a su petición la siguiente información:

- 1.- Datos del solicitante (Nombre y apellidos)
- 2.- Dirección de contacto
- 3.- Derecho que quiere ejercer
- 4.- Sobre qué datos concretos formula su petición

En el plazo máximo de un mes resolveremos su petición a través del mismo medio que haya utilizado inicialmente.

5.-Seguridad en el tratamiento

Teniendo en cuenta el estado de la técnica, los costes de aplicación, y la naturaleza, el alcance, el contexto y las finalidades del tratamiento, así como los riesgos de probabilidad y gravedad variables para los derechos y libertades de las personas físicas, la MUTUALIDAD aplicará medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo, que eviten la destrucción, pérdida o alteración accidental o ilícita de datos personales transmitidos, conservados o tratados de otra forma, o la comunicación o acceso no autorizados a estos datos.

6.- Cuestiones generales

El solicitante y persona a asegurar declara haber contestado con total sinceridad las cuestiones anteriores, reconociendo que las respuestas dadas tienen que servir de base para la valoración del riesgo y aceptando las consecuencias legales de cualquier omisión o falta de veracidad.

Así mismo da su consentimiento al tratamiento de los datos de salud que nos proporcione y de pedir información adicional de carácter clínico para poder evaluar su solicitud.

Firma:

El/la Mutualista:

Domiciliación bancaria

 E S

Beneficiarios

En caso de vida: el propio asegurado ☐ Otros ☐

En caso de muerte: sus herederos legales ☐ Otros ☐

Información adicional

Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
☐ ☐ Personal sanitario de ámbito laboral exclusivamente privado	☐ ☐ Utiliza maquinaria de corte, dentada o de presión
☐ ☐ Utilización profesional del vehículo	☐ ☐ Trabaja en andamios, torres o suspendido a más de 5 m. de altura
☐ ☐ Utiliza maquinaria industrial pesada	☐ ☐ Realiza inmersiones con aparatos de respiración
☐ ☐ Manipula materiales corrosivos, explosivos o tóxicos	☐ ☐ Practica deportes de riesgo. Especificar

Características del Asegurado - Declaración específica de salud

¿Tiene contratadas otras pólizas de: Vida y/o Baja Laboral? ☐ Sí ☐ No En caso de indicar ☒ Sí indicar: Entidad aseguradora, tipo de seguro, año contratado y capital asegurado

1) 2)

Entidad Tipo Año Capital asegurado Entidad Tipo Año Capital asegurado

Altura cm Peso kg ¿Es fumador? Sí ☐ No ☐ ¿Cuántos al día?

¿Tiene alguna mutilación, invalidez o secuelas graves? Sí ☐ No ☐ ¿Es zurdo? Sí ☐ No ☐ ¿Está en situación de baja laboral? Sí ☐ No ☐

¿Tiene la tensión alta? Sí ☐ No ☐ mínima máxima ¿Tiene el colesterol alto? Sí ☐ No ☐

¿Es portador del VIH? Sí ☐ No ☐ ¿Ha padecido alguna intervención quirúrgica? Sí ☐ No ☐

En los últimos 6 meses ¿ha consultado algún especialista o realizado alguna prueba diagnóstica o intervención quirúrgica? Sí ☐ No ☐

¿Tiene previsto -o recomendado- consultar algún médico especialista o realizar alguna prueba diagnóstica, o intervención quirúrgica? Sí ☐ No ☐

¿Ha tenido o tiene alguna de las enfermedades referente a (entre paréntesis se citan -a modo de ejemplo- las patologías más comunes, a título meramente enunciativo, sin carácter delimitativo)

- lesiones cardíacas (tipo angina de pecho, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca)	Sí ☐ No ☐	- de los ojos (más de 5 dioptrías, presión ocular elevada, degeneración macular).	Sí ☐ No ☐
- respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva, asma)	Sí ☐ No ☐	- de los oídos (disminución de la audición, vértigos de repetición),	Sí ☐ No ☐
- neurológicas (accid. cerebro vascular, Parkinson, epilepsia, demencias)	Sí ☐ No ☐	- de la piel (psoriasis),	Sí ☐ No ☐
- digestivas (enfermedades inflamatorias intestinales, divertículos),	Sí ☐ No ☐	- de los riñones y sistema urinario (insuficiencia renal, cálculos de repetición, infecciones de repetición, aumento tamaño próstata),	Sí ☐ No ☐
- reumatológicas (artritis, artrosis, osteoporosis, fibromialgia),	Sí ☐ No ☐	- del aparato locomotor (hernias discales, colocación de prótesis)	Sí ☐ No ☐
- endocrinológicas (diabetes, trastorno de la tiroides),	Sí ☐ No ☐	escoliosis, anquilosis, lumbalgias de repetición),	Sí ☐ No ☐
- hematológicas (anemias)	Sí ☐ No ☐	- trastornos de la esfera psiquiátrica (ansiedad crónica, depresión, alcoholismo)?	Sí ☐ No ☐
- del area oncológica (tumores benignos o malignos de cualquier origen)	Sí ☐ No ☐		

¿Toma habitualmente alguna medicación? Sí ☐ No ☐ ¿Qué medicamento, dosis, motivo y desde cuando lo toma?

Mujeres: ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad ginecológica? Sí ☐ No ☐ ¿Ha consumido o consume drogas? Sí ☐ No ☐

En caso de contestar ☒ Sí a alguna de las preguntas anteriores, especificar tipo de enfermedad y fecha.

Observaciones

En _____, a _____ de _____ de _____

El/la mediador/a

El/la Mutualista

El/la Asegurado/a