



Idioma: Catalán ☐ Castellano ☐

Fecha Efecto Mediator Zona Núm. Doc. As. ☐ Modi. Doc. As.

Datos del contrato y domiciliación bancaria

Producto

☐ **Salut Plus**

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☐ Anual

☐ **Salut Òptim**

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ **Salut Opció**

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ **Salut Metges**

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ **Salut Clínica**

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☐ Anual

☐ **Salut 60***

☐ Mensual

☐ **Salut Dental***

☐ Semestral

☐ Anual

*Para la contratación de estos productos no será necesario rellenar el cuestionario de salud

Domiciliación bancaria (IBAN)

Datos del socio mutualista

Razón Social/Apellidos y Nombre Fecha nacimiento Sexo H ☐ M ☐

Persona F ☐ J* ☐ Dirección Núm. Piso

Población CP Tel.

NIF E-mail Móvil

Profesión Trabaja por: Cuenta propia ☐ Cuenta ajena ☐

*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

Asegurados

1 Apellidos y Nombre Sexo H ☐ M ☐ Fecha de nacimiento

NIF Email Móvil Profesión

2 Apellidos y Nombre Sexo H ☐ M ☐ Fecha de nacimiento

NIF Email Móvil Profesión

3 Apellidos y Nombre Sexo H ☐ M ☐ Fecha de nacimiento

NIF Email Móvil Profesión

4 Apellidos y Nombre Sexo H ☐ M ☐ Fecha de nacimiento

NIF Email Móvil Profesión

5 Apellidos y Nombre Sexo H ☐ M ☐ Fecha de nacimiento

NIF Email Móvil Profesión

En , a de de

Firmas:

El/la mediador/a

El/la Mutualista

Asegurado 1

Asegurado 2

Asegurado 3

Asegurado 4

Asegurado 5

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 considerado 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:



Apellidos y Nombre Mutualista

Datos específicos de salud

	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4	Asegurado 5
Peso en Kg.					
Altura en cm.					
Tensión arterial (máx/mín)	/	/	/	/	/
Consumo de tabaco. Cantidad diaria					
Consumo de alcohol. Cantidad diaria					
Dioptrías (ojo izquierdo/ojo derecho)	/	/	/	/	/
Motivo dioptrías:					
1- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad crónica, congénita o persistente, disminución física o psíquica, defecto, incapacidad, amputación o anquilosis?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
2- ¿Es portador del VIH?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
3- ¿Tiene o ha tenido azúcar en la sangre (diabetes), hipertensión arterial, alteraciones del colesterol o triglicéridos, hepatitis, úlcera, anemia, alteraciones de tiroides, cólicos nefríticos o biliares, embolias, juanetes, hernias (discal, inguinal, crural, de hiato, etc.)?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
4- ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica o ha estado hospitalizado en alguna ocasión?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
5- ¿Ha estado o está pendiente de algún tratamiento médico, farmacéutico o quirúrgico?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
6- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad referente a: los oídos, la piel, la columna vertebral o aparato locomotor, afecciones de las cuerdas vocales, lesiones cardíacas, aparato digestivo o respiratorio, sistema nervioso o enfermedad de tipo psíquico, tumores (benignos o malignos), enfermedad renal o de las vías urinarias, enfermedad reumática?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
7- ¿Ha sufrido algún accidente?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
8- ¿Ha padecido algún trastorno o enfermedad ginecológica?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
9- ¿Ha consumido o consume drogas, estupefacientes o psicofármacos?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐
10- En los últimos 6 meses, ¿ha consultado algún especialista o hecho una prueba diagnóstica?	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, especifique los siguientes datos:

Nº	Nº de pregunta	Patología, pruebas realizadas, intervención, diagnóstico y medicación	Fecha de inicio fecha de alta	Tratamiento	Situación actual
Asegurado	☐				
Asegurado	☐				
Asegurado	☐				
Asegurado	☐				
Asegurado	☐				
Asegurado	☐				
Asegurado	☐				
Asegurado	☐				

A rellenar por MútuaTerrassa

Departamento médico

Departamento de suscripción

En _____, a _____ de _____ de _____

Firmas:

El/la mediador/a El/la Mutualista Asegurado 1 Asegurado 2 Asegurado 3 Asegurado 4 Asegurado 5