

Idioma: Castellà Català

 Núm Doc. Assoc. A complir per Mútua (1) Mod. Doc. Assoc. Codi Mediator Zona

 Data Efecte Periodicitat pagament: M T S A Revalorització: IPC Sense % Fix
Dades del soci Mutualista

 Raó Social/Cognoms i Nom Sexe H D Persona: F J*

 NIF/CIF Direcció Núm. Pis

 Població C.P.

 Tel. fix Mòbil E-mail

*Si és persona jurídica, empleni aquestes dades de l'apoderat (també cal adjuntar fotocòpia del DNI de l'apoderat)

 Cognoms i Nom Apoderat NIF

 E-mail Mòbil Càrrec
Dades de l'Assegurat El mateix soci mutualista (respondre només a les preguntes amb *)

 *Treballa per: compte propi compte aliè NIF/CIF

 Nom i Cognoms Sexe H D

 *Data de naixement Direcció Núm. Pis

 Població C.P.

 Tel. fix Mòbil *Tel empresa

 E-mail *Esports que practica

 *Professió *Detall activitat prof.
Prestacions i capitals assegurats en €

Opcions de contractació. Marcar amb una X, els productes o combinacions de productes ofertats, l'opció de capitals (A,B,C o altres combinacions) i la franquícia escollida

<input type="checkbox"/> Protecció Professional (2)	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	Altres(1) capitals <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Protecció Vida (3) ▶ Incapacitat absoluta per malaltia ▶ Incapacitat absoluta per accident ▶ Mort per malaltia ▶ Mort per accident	30.000€ 30.000€ 30.000€ 30.000€	60.000€ 60.000€ 60.000€ 60.000€	90.000€ 90.000€ 90.000€ 90.000€	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Protecció Accidents (3) ▶ Incapacitat permanent parcial per accident ▶ Incapacitat permanent absoluta per accident ▶ Mort per infart ▶ Mort per accident	%Barem 30.000€ 30.000€ 30.000€	%Barem 60.000€ 60.000€ 60.000€	%Barem 90.000€ 90.000€ 90.000€	_____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Protecció Baixa (3) Núm dies franquícia: 30 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Cobertura: <input type="checkbox"/> Malaltia + Accidents <input type="checkbox"/> Malaltia <input type="checkbox"/> Accidents ▶ Baixa Laboral ▶ Hospitalització	30€ 60€	60€ 120€	90€ 180€	_____ _____

(1) En cas d'inclusió/reducció/ampliació de capitals assegurats, especificar el capital desitjat

(2) Els diferents capitals que s'especifiquen, podrien ser acumulables segons el tipus de contingència que es produeixi

(3) Els diferents capitals que s'especifiquen, en cap cas seran acumulables i només es podrà rebre un dels capitals especificats

A _____, a _____ de _____ de _____

El/la mediador/a

El/la Mutualista

L'Assegurat/da

AVÍS LEGAL:**1.- Identificació del titular responsable del tractament:**

El titular responsable del tractament de les dades:

MUTUA DE TERRASSA Mutualitat de Previsió Social, (d'ara en endavant, la MUTUALITAT), amb NIF núm. V08413460 i domicili social a Terrassa, carrer Sant Antoni, 32.
DELEGAT DE PROTECCIÓ DE DADES: dpd@mutuaterrassa.cat

2.- Finalitat del tractament, base legal i terminis de conservació

A la MUTUALITAT tractem les dades personals dels sol·licitants i potencials prenedors i assegurats per a les següents finalitats:

- Per atendre qualsevol sol·licitud que ens faci arribar a través dels formularis habilitats.
 - Per avaluar el risc de la sol·licitud en base a les dades que vostè ens proporciona.
 - Per elaborar anàlisis estadístiques, mesuraments i estudis de mercat sobre els productes i serveis oferts per la MUTUALITAT, els usuaris i les seves necessitats, tendències, interessos i preferències.
 - Per remetre comunicats sobre productes de la MUTUALITAT: L'Usuari podrà comunicar el seu desig de no rebre més comunicacions comercials seguint les instruccions que s'indiquen en el peu de cadascuna de les comunicacions comercials remeses.
- Bases legals per al tractament:
- El seu consentiment que es considera atorgat al omplir la present sol·licitud.
 - L'interès legítim de la MUTUALITAT per l'enviament d'informació comercial i elaboració d'estudis de mercat.
 - Així mateix, en compliment de la Llei de Serveis de la Societat de la Informació 34/2002 de 11 de juliol, us indiquem que en informar el camp email o telèfon mòbil ens autoritzeu a emprar aquests mitjans per la realització de comunicacions directament relacionades amb les finalitats indicades.
- El termini de conservació: Les dades es conservaran indefinidament mentre no ens sol·liciti la seva supressió.

3.- Destinataris de les dades personals

La MUTUALITAT podrà comunicar les dades tractades, a altres entitats o organismes públics relacionats amb el sector assegurador amb finalitats estadístiques o de lluita contra el frau, així com per raons de reassurament o coassegurament, segons estableix la llei 30/1995 d'ordenació de les assegurances privades.

Per obligació legal: a jutges, tribunals que ho sol·licitin per via judicial o en el marc d'una investigació policial.

4.- Drets dels titulars de les dades

Qualsevol persona té dret a obtenir informació sobre quines dades està tractant. A continuació, li indiquem els seus drets:

- Les persones interessades tenen dret a accedir a les seves dades personals, així com a sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si escau, sol·licitar la seva supressió quan, entre altres motius, les dades ja no siguin necessàries per a les finalitats per les quals van ser recollides.
- En determinades circumstàncies, els interessats podran sol·licitar la limitació del tractament de les seves dades, en aquest cas únicament es conservaran per a l'exercici o la defensa de reclamacions.
- En determinades circumstàncies i per motius relacionats amb la seva situació particular, els interessats podran oposar-se al tractament de les seves dades. La MUTUALITAT deixarà de tractar les dades, excepte per motius legítims imperiosos, o l'exercici o la defensa de possibles reclamacions.
- Portabilitat: L'interessat tindrà dret a rebre les dades personals que li incumbeixin, que hagi facilitat a la MUTUALITAT, en un format estructurat, d'ús comú i lectura mecànica quan: a) el tractament estigui basat en el consentiment o en un contracte, i b) el tractament s'efectui per mitjans automatitzats.

L'informem del seu dret a presentar una reclamació davant l'autoritat de control (AEPD.- www.agpd.es) en el cas que no hagi vist satisfets l'exercici dels seus drets aquí indicats.

Per exercir els citats drets pot posar-se en contacte amb nosaltres a través de correu postal o electrònic a les adreces indicades a l'apartat 1, identificant a la seva petició la següent informació:

- 1.- Dades del sol·licitant (Nom i cognoms)
- 2.- Adreça de contacte
- 3.- Dret que vol exercir
- 4.- Sobre quines dades concretes formula la seva petició

En el termini màxim d'un mes resoldrem la seva petició a través del mateix mitjà que hagi utilitzat inicialment.

5.- Seguretat en el tractament

Tenint en compte l'estat de la tècnica, els costos d'aplicació, i la naturalesa, l'abast, el context i les finalitats del tractament, així com els riscos de probabilitat i gravetat variables per als drets i llibertats de les persones físiques, la MUTUALITAT aplicarà mesures tècniques i organitzatives apropiades per garantir un nivell de seguretat adequat al risc, que evitin la destrucció, pèrdua o alteració accidental o il·lícita de dades personals transmises, conservades o tractades d'una altra forma, o la comunicació o accés no autoritzats a aquestes dades.

6.- Qüestions generals

El sol·licitant i persona a assegurar declara haver contestat amb total sinceritat les qüestions anteriors, reconeixent que les respostes donades han de servir de base per la valoració del risc i acceptant les conseqüències legals de qualsevol omissió o falta de veracitat.

Així mateix dona el seu consentiment al tractament de les dades de salut que ens proporcionari i a demanar informació addicional de caràcter clínic per poder avaluar la seva sol·licitud.

Signatura:

El/la Mutualista:

Domiciliació bancària (IBAN)

E	S												
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beneficiaris

En cas de vida: el propi assegurat Altres _____

En cas de mort: els seus hereus legals Altres _____

Informació addicional

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Personal sanitari d'àmbit laboral exclusivament privat <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Utilitza maquinària de tall, dentada o de pressió <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Utilització professional del vehicle <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Treballa en bastides, torres o suspès a més de 5 m. d'alçada <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Utilitza maquinària industrial pesada <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Realitza immersions amb aparells de respiració <input type="checkbox"/>
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Manipula materials corrosius, explosius o tòxics <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Practica esports de risc. Especificar _____ <input type="checkbox"/>

Característiques de l'Assegurat - Declaració específica de salut

Té contractades altres pòlisses de: Vida i/o Baixa Laboral? Sí No En cas d'indicar indicar: Entitat asseguradora, tipus d'assegurança, any contractat i capital assegurat

1) _____	2) _____
Entitat Tipus Any Capital assegurat	Entitat Tipus Any Capital assegurat

Alçada _____ cm Pes _____ kg És fumador? Sí No Quants al dia? _____

Té alguna mutilació, invalidesa o seqüeles greus? Sí No És esquerrà? Sí No Està en situació de baixa laboral? Sí No

Té la tensió alta? Sí No mínima _____ màxima _____ Té el colesterol alt? Sí No

És portador del VIH? Sí No Ha tingut alguna intervenció quirúrgica? Sí No

En els últims 6 mesos, ha consultat algun metge especialista o realitzat alguna prova diagnòstica o intervenció quirúrgica? Sí No

Té previst -o recomanat- consultar algun metge especialista o realitzar alguna prova diagnòstica, o intervenció quirúrgica? Sí No

En els últims 5 anys ha rebut tractament radical (cirurgia, radioteràpia, quimioteràpia o immunoteràpia) per a alguna mena de càncer o ha tingut alguna recaiguda d'un càncer previ? Sí No

Ha patit o pateix alguna de les malalties referents a (entre parèntesi es citen -a mode d'exemple- les patologies més comuns, a títol merament enunciatiu, sense caràcter delimitatiu)

- lesions cardíacaes (tipus angina de pit, infart de miocardi, arrítmies, hipertensió arterial, insuficiència cardíaca)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- dels ulls (més de 5 diòptries, pressió ocular elevada, degeneració macular).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- respiratòries (malaltia pulmonar obstructiva, asma)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- de les oïdes (disminució de l'audició, vertigens de repetició),	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- neurològiques (accid. cerebrovascular, Parkinson, epilèpsia, demències)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- de la pell (psoriasis),	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- digestives (malalties inflamatòries intestinals, diverticles),	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- dels ronyons i sistema urinari (insuficiència renal, càlculs de repetició, infeccions de repetició, augment grandària pròstata),	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- reumatològiques (artritis, artrosi, osteoporosi, fibromiàlgia),	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- de l'aparell locomotor (hèrnies discals, col·locació de pròtesi)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- endocrinològiques (diabetis, trastorn de la tiroide),	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- escoliosi, anquilosi, lumbàlgies de repetició),	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- hematològiques (anèmies)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- trastorns de l'esfera psiquiàtrica (ansietat crònica, depressió, alcoholisme)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
- de l'àrea oncològica (tumors benignes o malignes de qualsevol origen)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Pren habitualment alguna medicació? Sí No Quin medicament, dosi, motiu i des de quan la pren? _____

Dones: Ha tingut o té alguna malaltia ginecològica? Sí No Ha consumit o consumeix drogues? Sí No

En cas de contestar alguna de les preguntes anteriors, especificar tipus de malaltia i data. _____

Observacions _____

A _____, a _____ de _____ de _____

El/la mediador/a El/la Mutualista L'Assegurat/da