

**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 PULMONAR, 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	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	HERNIAL DISCAL	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

**2. INDIQUE SI PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES (MARQUE LO QUE PROCEDA):**

VARICES	SI	NO	HERNIA DISCAL (INTERVENIDA O NO)	SI	NO
HIPO O HIPERTIROIDISMO	SI	NO	LITIASIS RENAL (Cólico nefrítico, piedras riñón)	SI	NO
ASMA	SI	NO	LITIASIS VESICULAR (Cálculos biliares, piedras vesícula)	SI	NO
ENFERMEDAD CELIACA	SI	NO	MIGRAÑA	SI	NO
GOTA (HIPERUCEMIA)	SI	NO	PSORIASIS	SI	NO
HERNIA DE HIATO	SI	NO	ULCUS PÉPTICO (Úlcera de estómago o duodeno)	SI	NO

**3. ¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN ALGUNA OCASIÓN O HA ESTADO HOSPITALIZADO? ¿POR QUÉ?****4. ¿TIENE O HA TENIDO ALGÚN DEFECTO FÍSICO, DEFORMIDAD, INCAPACIDAD O LESIÓN CONGÉNITA?**

**5. ¿SE ENCUENTRA EN LA ACTUALIDAD BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? ¿CUÁL? ¿POR QUÉ MOTIVO?****6. ¿ESTÁ PENDIENTE DE DIAGNÓSTICO O DE RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO?****PROTECCIÓN DE DATOS**

**RESPONSABLE:** Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija) con CIF V86444965 (Nueva Mutua Sanitaria).

**FINALIDAD:** Con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, sean tratados por Nueva Mutua Sanitaria, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya Ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

**LEGITIMACIÓN:** Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro.

**DESTINATARIOS:** Tomador y asegurados.

**DERECHOS:** Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición y el derecho a la portabilidad de sus datos debe dirigirse a la Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, C/ Villanueva 14, 4ª, 28001 Madrid. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para los fines propios del contrato de seguro.

**INFORMACIÓN ADICIONAL:** 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. 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).

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. TIENE A SU DISPOSICIÓN NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD EN [www.nuevamuasanutaria.es/politica-privacidad.php](http://www.nuevamuasanutaria.es/politica-privacidad.php).

**FECHA Y FIRMA:**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

D. / Dña. (Firma):

Espacio reservado para la Entidad: