

CUESTIONARIO DE SALUD

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 su relación/parentesco:

NOMBRE Y APELLIDOS:	Relación:
---------------------	-----------

DATOS RELATIVOS A LA SALUD

PREGUNTA	RESPUESTA	ACLARACIONES
1.¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, traumatismo o accidente en los últimos cinco años?	SI NO	Indique cuál y en qué fecha: ¿Padece alguna secuela? ¿Cuál?
2.¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o ha estado hospitalizado?	SI NO	Indique motivo y fecha:
3.¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SI NO	Indique cuál y desde qué fecha:
4.¿Se encuentra en la actualidad bajo tratamiento médico?	SI NO	Indique cuál:
5.¿Está pendiente de diagnóstico o de recibir tratamiento médico o quirúrgico?	SI NO	Indique cuál:
6.¿Es o ha sido fumador?	SI NO	Indique nº de cigarrillo diarios:
7.¿Consume habitualmente bebidas alcohólicas?	SI NO	Indique cantidad diaria y tipo de bebida:

FECHA Y FIRMA:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y 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 la Mutua (Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, mutua de seguros a prima fija) con CIF V86444965 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. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a la Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, C/ Villanueva 14 cuarta planta 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.

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).