

SOLICITUD DE ADHESIÓN

CONTRATAR PRODUCTO: SALUD PROFESIONAL FAMILIA sin copago COLECTIVO: _____

FECHA ALTA DESEADA: / / 20__

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE EMPRESA:	
CIF:	
DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO MÓVIL:

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (Asistencia médica en domicilio) ASEGURADO TITULAR

DIRECCIÓN COMPLETA (tipo de vía, dirección, nº, piso, letra, escalera, puerta, etc.):	
POBLACIÓN:	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CORREO ELECTRÓNICO:
TELÉFONO:	

DATOS ASEGURADOS

Asegurado 1

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO: / /
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:

*CUESTIONARIO DE SALUD:

Indique su peso _____ KG. Indique su estatura _____ CM.

Marque SI/NO si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: Cualquier tipo de proceso oncológico en los últimos 5 años. **Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos:** Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias. **Enfermedades mentales:** Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Discapacidad intelectual, Trastornos de la conducta alimenticia. **Enfermedades del sistema endocrino:** Diabetes Mellitus tipo I, Obesidad Mórbida, Alteraciones Corticoadrenales. **Enfermedades del sistema Osteomioarticular y tejido conectivo:** Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiositis, Distrofias Musculares, Hernia Discal, Escoliosis y Lumbociatalgia. **Enfermedades sistémicas:** Fibromialgia. **Anomalías congénitas y cromosómicas.** **Enfermedades del sistema circulatorio:** Cardiopatía Isquémica, enfermedades Cerebrovasculares, Aterosclerosis, Enfermedad Hipertensiva Maligna, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Enfermedades Vasculares. **Enfermedades del aparato respiratorio:** Enfermedad Obstructiva Crónica, Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis. **Enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario:** Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas, Insuficiencia Renal Crónica y Endometriosis. **Enfermedades de la sangre y Órganos Hematopoyéticos:** Hemofilia, Anemia Falciforme, Alteraciones de la coagulación.

SI	NO
----	----

En caso afirmativo indique cual: _____

Asegurado 2

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO: / /
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:

CUESTIONARIO DE SALUD:*Indique su peso _____ KG. Indique su estatura _____ CM.****Marque SI/NO si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: Cualquier tipo de proceso oncológico en los últimos 5 años.****Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos:** Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias. **Enfermedades mentales:** Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Discapacidad intelectual, Trastornos de la conducta alimenticia. **Enfermedades del sistema endocrino:** Diabetes Mellitus tipo I, Obesidad Mórbida, Alteraciones Corticoadrenales. **Enfermedades del sistema Osteomioarticular y tejido Conectivo:** Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiositis, Distrofias Musculares, Hernia Discal, Escoliosis y Lumbociatalgia. **Enfermedades sistémicas:** Fibromialgia. **Anomalías congénitas y cromosómicas.** **Enfermedades del sistema circulatorio:** Cardiopatía Isquémica, enfermedades Cerebrovasculares, Aterosclerosis, Enfermedad Hipertensiva Maligna, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Enfermedades Vasculares. **Enfermedades del aparato respiratorio:** Enfermedad Obstructiva Crónica, Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis. **Enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario:** Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas, Insuficiencia Renal Crónica y Endometriosis. **Enfermedades de la sangre y Órganos Hematopoyéticos:** Hemofilia, Anemia Falciforme, Alteraciones de la coagulación.

SI	NO
----	----

En caso afirmativo indique cual: _____**Asegurado 3**

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO: / /
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:

CUESTIONARIO DE SALUD:*Indique su peso _____ KG. Indique su estatura _____ CM.****Marque SI/NO si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: Cualquier tipo de proceso oncológico en los últimos 5 años.****Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos:** Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias. **Enfermedades mentales:** Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Discapacidad intelectual, Trastornos de la conducta alimenticia. **Enfermedades del sistema endocrino:** Diabetes Mellitus tipo I, Obesidad Mórbida, Alteraciones Corticoadrenales. **Enfermedades del sistema Osteomioarticular y tejido Conectivo:** Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiositis, Distrofias Musculares, Hernia Discal, Escoliosis y Lumbociatalgia. **Enfermedades sistémicas:** Fibromialgia. **Anomalías congénitas y cromosómicas.** **Enfermedades del sistema circulatorio:** Cardiopatía Isquémica, enfermedades Cerebrovasculares, Aterosclerosis, Enfermedad Hipertensiva Maligna, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Enfermedades Vasculares. **Enfermedades del aparato respiratorio:** Enfermedad Obstructiva Crónica, Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis. **Enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario:** Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas, Insuficiencia Renal Crónica y Endometriosis. **Enfermedades de la sangre y Órganos Hematopoyéticos:** Hemofilia, Anemia Falciforme, Alteraciones de la coagulación.

SI	NO
----	----

En caso afirmativo indique cual: _____

Asegurado 4

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO: / /
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:

***CUESTIONARIO DE SALUD:**

Indique su peso _____ KG. Indique su estatura _____ CM.

Marque SI/NO si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: Cualquier tipo de proceso oncológico en los últimos 5 años. **Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos:** Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias. **Enfermedades mentales:** Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Discapacidad intelectual, Trastornos de la conducta alimenticia. **Enfermedades del sistema endocrino:** Diabetes Mellitus tipo I, Obesidad Mórbida, Alteraciones Corticoadrenales. **Enfermedades del sistema Osteomioarticular y tejido Conectivo:** Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiositis, Distrofias Musculares, Hernia Discal, Escoliosis y Lumbociatalgia. **Enfermedades sistémicas:** Fibromialgia. **Anomalías congénitas y cromosómicas.** **Enfermedades del sistema circulatorio:** Cardiopatía Isquémica, enfermedades Cerebrovasculares, Aterosclerosis, Enfermedad Hipertensiva Maligna, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Enfermedades Vasculares. **Enfermedades del aparato respiratorio:** Enfermedad Obstructiva Crónica, Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis. **Enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario:** Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas, Insuficiencia Renal Crónica y Endometriosis. **Enfermedades de la sangre y Órganos Hematopoyéticos:** Hemofilia, Anemia Falciforme, Alteraciones de la coagulación.

SI	NO
----	----

En caso afirmativo indique cual: _____

Asegurado 5

NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF / NIE	FECHA NACIMIENTO: / /
SEXO: ____ HOMBRE ____ MUJER	ESTADO CIVIL:
	PARENTESCO CON EL TOMADOR:

***CUESTIONARIO DE SALUD:**

Indique su peso _____ KG. Indique su estatura _____ CM.

Marque SI/NO si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: Cualquier tipo de proceso oncológico en los últimos 5 años. **Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos:** Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias. **Enfermedades mentales:** Esquizofrenia, Trastornos Bipolares, Discapacidad intelectual, Trastornos de la conducta alimenticia. **Enfermedades del sistema endocrino:** Diabetes Mellitus tipo I, Obesidad Mórbida, Alteraciones Corticoadrenales. **Enfermedades del sistema Osteomioarticular y tejido Conectivo:** Lupus Sistémico, Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilopoyética, Dermatomiositis, Distrofias Musculares, Hernia Discal, Escoliosis y Lumbociatalgia. **Enfermedades sistémicas:** Fibromialgia. **Anomalías congénitas y cromosómicas.** **Enfermedades del sistema circulatorio:** Cardiopatía Isquémica, enfermedades Cerebrovasculares, Aterosclerosis, Enfermedad Hipertensiva Maligna, Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatía, Trastornos del Ritmo, Enfermedades Vasculares. **Enfermedades del aparato respiratorio:** Enfermedad Obstructiva Crónica, Fibrosis Pulmonar, Neumonitis, Granulomatosis, Neumoconiosis, Histiocitosis. **Enfermedades del Aparato Digestivo y Genitourinario:** Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Hepatopatías Crónicas, Insuficiencia Renal Crónica y Endometriosis. **Enfermedades de la sangre y Órganos Hematopoyéticos:** Hemofilia, Anemia Falciforme, Alteraciones de la coagulación.

SI	NO
----	----

En caso afirmativo indique cual: _____

OBSERVACIONES A ESTA SOLICITUD

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, con CIF V86444965 (Nueva Mutua Sanitaria), e inscrita en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número M0380.
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS: Nueva Mutua Sanitaria dispone de Delegado de Protección de Datos, ante el cual usted podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales, dirigiéndose al correo electrónico siguiente: dpo@nuevamuwasanitaria.es
FINALIDADES DEL TRATAMIENTO: Sus datos serán tratados con la finalidad de formalizar el contrato de seguro por usted solicitado y ejecutar la prestación sanitaria garantizada. Adicionalmente, sus datos personales, a excepción de sus datos de salud, podrán ser tratados por Nueva Mutua Sanitaria para remitirle comunicaciones comerciales acerca de nuestros productos, servicios y ofertas vinculadas al sector de la salud y el bienestar, por cualquier medio admitido en derecho, incluido el correo electrónico o cualquier otro medio de comunicación electrónica que usted nos hubiera proporcionado. Si no desea que tratemos sus datos para informarle de nuestros productos y servicios relacionados con la salud y el bienestar puede enviarnos en cualquier momento un email oponiéndose al tratamiento de sus datos con tal finalidad, a la siguiente dirección de correo electrónico: protecciondedatos@nuevamuwasanitaria.es En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero (asegurado distinto del tomador), el aportante garantiza que ha informado a los titulares de su comunicación a la Mutua, en los términos y para los exclusivos fines expuestos en la presente cláusula, así como de los derechos que les asisten (desglosados seguidamente). Sus datos no serán tratados por Nueva Mutua Sanitaria para la toma de decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, que pudieran producir efectos jurídicos sobre usted o afectarle significativamente de modo singular. Los datos que nos ha proporcionado en el apartado CUESTIONARIO DE SALUD, serán tratados con la finalidad de valorar el riesgo asegurable y determinar las coberturas y la prima correspondiente a su solicitud, para la gestión y cumplimiento de su contrato de seguro, así como para la prevención del fraude en la contratación. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero (asegurado distinto del tomador), el aportante garantiza que ha solicitado en consentimiento expreso de los titulares para su comunicación a la Mutua, en los términos y para los exclusivos fines expuestos en la presente cláusula, así como de los derechos que les asisten (desglosados seguidamente).
LEGITIMACIÓN: La base legitimadora del tratamiento es la presente solicitud de contrato de seguro, así como el interés legítimo del responsable del tratamiento para el envío de comunicaciones comerciales sobre sus propios productos, relacionados con la salud y el bienestar.
DESTINATARIOS DE LOS DATOS: Los datos necesarios para la correcta prestación de las coberturas contratadas podrán ser transmitidos entre Nueva Mutua Sanitaria y los médicos, hospitales u otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de los servicios sanitarios y a los exclusivos fines del estricto cumplimiento de dichos servicios.
DERECHOS: Le recordamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición y el derecho a la portabilidad de sus datos. Para ejercerlos, puede ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico: protecciondedatos@nuevamuwasanitaria.es, indicando en el Asunto "Derechos Protección de Datos" o, si lo prefiere, por correo postal, dirigido a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Calle Villanueva nº 14, 4º, 28001 de Madrid, especificando qué derecho quiere ejercer y enviando una fotocopia de su DNI o documento de identificación oficial equivalente en vigor.
EXACTITUD DE LOS DATOS: El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que su respuesta al cuestionario de salud es veraz y completa, 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. Mediante la firma de este documento usted 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).
INFORMACIÓN ADICIONAL: Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial acerca de productos, servicios, ofertas, etc., incluidos el correo electrónico. En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a la Mutua, en los términos y los fines expuestos en la presente cláusula.
Para más información sobre nuestra política de protección de datos puede consultar la siguiente página web: http://www.nuevamuwasanitaria.es/politica-de-proteccion-de-datos
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.

En _____, a ____ de _____ de _____.

D. / Dña. (Firma): _____