

This file has been cleaned of potential threats.

If you confirm that the file is coming from a trusted source, you can send the following SHA-256 hash value to your admin for the original file.

0ca50e75e31bd029a3252d5880030f2b6438affcf603e367f7dfbf351d31386f

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.

1.- Identificación del titular responsable del tratamiento:

El titular responsable del tratamiento de los datos:

MUTUA DE TERRASSA Mutuabilitat 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2- ¿Es portador del VIH?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4- ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica o ha estado hospitalizado en alguna ocasión?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5- ¿Ha estado o está pendiente de algún tratamiento médico, farmacéutico o quirúrgico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7- ¿Ha sufrido algún accidente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8- ¿Ha padecido algún trastorno o enfermedad ginecológica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9- ¿Ha consumido o consume drogas, estupefacientes o psicofármacos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10- En los últimos 6 meses, ¿ha consultado algún especialista o hecho una prueba diagnóstica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11- ¿En los últimos 5 años ha recibido tratamiento radical (cirugía, radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia) para algún tipo de cáncer o ha tenido alguna recaída de un cáncer previo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Asegurado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Asegurado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Asegurado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Asegurado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Asegurado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Asegurado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Asegurado <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

A rellenar por Mútua Terrassa

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