

**FICHA NUEVO INGRESO CONDICIONADO A (cobertura general)***A cumplimentar por la mutualidad*

N° de Póliza:	Fecha ingreso:	Alta: <input type="checkbox"/>	Observaciones:
		Modificación: <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos:	Nombre:	
DNI:	Fecha Nacimiento:	
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil:
Dirección:	Código Postal:	
Población:	Nacionalidad:	
Teléfonos:	Profesión:	
E-mail:		

DATOS DEL BENEFICIARIO N° 01

N° de Póliza:	Fecha ingreso:	Alta: <input type="checkbox"/>	Modificación: <input type="checkbox"/>
Apellidos:	Nombre:		
DNI:	Fecha Nacimiento:		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil:	
Teléfonos:	Profesión:		
E-mail:			

DATOS DEL BENEFICIARIO N° 02

N° de Póliza:	Fecha ingreso:	Alta: <input type="checkbox"/>	Modificación: <input type="checkbox"/>
Apellidos:	Nombre:		
DNI:	Fecha Nacimiento:		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil:	
Teléfonos:	Profesión:		
E-mail:			

DATOS DEL BENEFICIARIO N° 03

N° de Póliza:	Fecha ingreso:	Alta: <input type="checkbox"/>	Modificación: <input type="checkbox"/>
Apellidos:	Nombre:		
DNI:	Fecha Nacimiento:		
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil:	
Teléfonos:	Profesión:		
E-mail:			

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Caja/Banco	
Número de Cuenta/ IBAN (24 dígitos)	



FICHA NUEVO INGRESO CONDICIONADO A (cobertura general)

CUESTIONARIO DE SALUD

	MUTUALISTA	BENEF. 01	BENEF. 02	BENEF. 03
¿Cuál es su altura?	Cm:	Cm:	Cm:	Cm:
¿Peso?	Kg:	Kg:	Kg:	Kg:
¿Ha hecho uso del tabaco en el último año? <i>En caso afirmativo indique tipo y cantidad</i>	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"/>
¿Cuántas Unidades de alcohol consume semanalmente? <i>1 copa=1 unidad / 1 cerveza de 250 ml=1 unidad / 1 vaso de vino=1 unidad</i>				
¿Practica algún deporte? <i>En caso afirmativo especifique cuál, si es profesional o aficionado y cuántas veces por semana lo practica</i>	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"/>
¿Dispone de seguro médico en otra compañía desde hace más de 1 año? <i>Indique nombre de la compañía en caso afirmativo</i>	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"/>
1) ¿Sufre actualmente alguna dolencia, enfermedad, secuelas de un accidente, incapacidad física o mental, trastorno psiquiátrico, condiciones crónicas o de largo plazo?	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) Durante los últimos 5 años ¿Ha acudido alguna vez al hospital, ha recibido tratamiento o ha sido sometido a pruebas de diagnóstico por enfermedad, secuelas de accidente, incapacidad física o mental, trastorno psiquiátrico, condiciones crónicas o de largo plazo?	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) Durante los últimos 2 años ¿Se le ha aconsejado alguna vez acudir al médico por alguna molestia recurrente o le han aconsejado hacerse alguna prueba diagnóstica, o seguir algún tratamiento que no ha finalizado aún, o está a la espera de resultados de algún examen?	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 dado alguna vez positivo en las pruebas de VIH, Hepatitis B o C?	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) ¿Está embarazada? <i>En caso afirmativo indique abajo la fecha prevista</i>	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) ¿Sus padres o hermanos (vivos o fallecidos) antes de los 65 años de edad han sufrido de diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión, cáncer, enfermedad renal, colesterol, trastorno nervioso cerebral como las enfermedades de Alzheimer o Parkinson, o cualquier enfermedad hereditaria?	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) ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica?	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"/>

**FICHA NUEVO INGRESO CONDICIONADO A (cobertura general)****PROTECCIÓN DE DATOS****CLÁUSULA AFILIADOS MUTUA**

SANTIAGO DE COMPOSTELA, a de de 2023

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de **UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL** con CIF **V15044498** y domicilio social sito en **XENERAL PARDIÑAS 9 Y 11 ENT. 15701, SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA)**, con la finalidad de prestarle el servicio atención sanitaria requerida, diagnosticarle, gestionar y custodiar toda la documentación asistencial que se genere en el transcurso de la relación mantenida con usted y gestionar su historial clínico. En cumplimiento con la normativa vigente, **UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL** informa que los datos serán conservados durante el periodo legalmente establecido.

En **UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL** le informamos que tratamos sus datos conforme a la existencia de un interés legítimo por parte de **UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL** y de su consentimiento.

Adicionalmente, **UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL** informa que para la prestación del servicio será necesario el tratamiento de sus datos de salud.

Con la presente cláusula queda informado de que sus datos serán comunicados a la compañía que tenga contratada, bancos y cajas, administraciones públicas y a todas aquellas entidades y/o terceros con las que sea necesaria la comunicación, con la finalidad de cumplir con la prestación del servicio anteriormente mencionado.

El hecho de no facilitar sus datos a las entidades mencionadas implica que no se pueda cumplir con la finalidad anterior.

UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que **UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL** se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico **union@unionartesanos.com**.

Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

En último lugar, **UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL** informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.

DECLARACIÓN

Declaro que toda la información proporcionada con este Cuestionario de Salud es verdadera y completa, que no he suprimido, falseado o alterado ningún hecho clínico importante y que cualquier declaración falsa, incorrecta o engañosa anulará el seguro.

Me comprometo a informar a la Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social, de inmediato y por escrito acerca de cualquier cambio en el estado de salud mío o de mis beneficiarios que ocurra después de firmar el presente formulario y antes de la fecha de inicio de la cobertura.

Entiendo que puedo retirar mi solicitud por escrito, por carta, correo electrónico o fax dentro de los 30 días siguientes a la fecha de comienzo de la cobertura, y si no he solicitado ningún reembolso, tengo derecho a la restitución completa de la cuota abonada.

Doy mi consentimiento para que la Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social, si lo considera necesario, revise las declaraciones sobre mi estado de salud y contacte con otras entidades aseguradoras para revisar las declaraciones de otros contratos de seguro de que yo beneficie o haya beneficiado en el pasado. Autorizo a todos los médicos, especialistas, dentistas, profesionales médicos, empleados de hospitales y autoridades sanitarias a proporcionar informaciones sobre mi historial médico a la Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social.

Hago esta declaración también en nombre de mis beneficiarios.

- Acepto recibir informaciones comerciales (sms, correo electrónico o WhatsApp) SI NO

Apellidos y Nombre:**DNI:****Firma:**



UNIÓN DE ARTESANOS M.P.S.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR

Referencia de la orden de domiciliación:	
Identificador del acreedor:	ES89 0128 0110 2701 0006 4865
Nombre del acreedor:	UNIÓN DE ARTESANOS, M.P.S.
Dirección:	XENERAL PARDIÑAS, 9-11 ENTREPLANTA
Código postal - Población - Provincia:	15701 SANTIAGO DE COMPOSTELA
País:	ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuentay (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado alreembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR

Nombre del deudor/es <i>(titular/es de la cuenta de cargo)</i>																																							
Dirección del deudor																																							
Código postal - Población - Provincia																																							
País del deudor																																							
Swift BIC / <i>Swift BIC (puede contener 8 u 11 posiciones)</i>																																							
Número de cuenta - IBAN																																							
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">IBAN</th><th colspan="4">BANCO</th><th colspan="4">SUCURSAL</th><th colspan="2">DC</th><th colspan="6">CUENTA</th></tr></thead><tbody><tr><td>E</td><td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		IBAN		BANCO				SUCURSAL				DC		CUENTA						E	S																		
IBAN		BANCO				SUCURSAL				DC		CUENTA																											
E	S																																						
En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES																																							
Tipo de pago:	<input checked="" type="checkbox"/> Pago recurrente o <input type="checkbox"/> Pago único																																						
Fecha – Localidad: _____																																							
Firma digital deudor:	Firma del deudor:																																						

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBER SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA