

**FICHA NUEVO INGRESO***A cumplimentar por la mutualidad***Número de Póliza:****ENTRADA****MUTUALISTA**

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

DOMICILIACIÓN BANCARIA

| | |
|---|-----------|
| Caja/Banco | |
| Número de Cuenta / IBAN (24 dígitos) | ES |

CUESTIONARIO DE SALUD

| | |
|---------------------|-----|
| ¿Cuál es su altura? | Cm: |
| ¿Peso? | Kg: |

| | |
|--|-----------------------------|
| ¿Ha hecho uso del tabaco en el último año? | SI <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo indique tipo y cantidad | |

| | |
|--|--|
| ¿Cuántas unidades de alcohol consume semanalmente? | |
| 1 copa=1 Unidad 1cerveza de 250ml=1 Unidad 1 vaso de vino=1 Unidad | |

| | |
|--|-----------------------------|
| ¿Practica algún deporte? | SI <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo especifique cuál, si es profesional o aficionado y cuántas veces por semana lo practica | |

| | |
|---|-----------------------------|
| ¿Dispone de seguro médico en otra compañía desde hace más de 1 año? | SI <input type="checkbox"/> |
| | NO <input type="checkbox"/> |
| Indique el nombre de la compañía en caso afirmativo | |

| | | |
|---|----------|--|
| 1) ¿Sufre actualmente alguna dolencia, enfermedad, secuelas de un accidente, incapacidad física o mental o trastorno psiquiátrico, condiciones crónicas o de largo plazo? | SI NO | <input type="checkbox"/> <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 un accidente, incapacidad física o mental o trastorno psiquiátrico, condiciones crónicas o de largo plazo? | SI NO | <input type="checkbox"/> <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 NO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---|----------|--|

| | | |
|---|----------|--|
| 4) ¿Ha dado alguna vez positivo en las pruebas de VIH, Hepatitis B o C? | SI NO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---|----------|--|

| | | |
|--|----------|--|
| 5) ¿Está Embarazada? En caso afirmativo indique la fecha prevista | SI NO | <input type="checkbox"/> <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 NO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---|----------|--|

| | | |
|--|----------|--|
| 7) ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica? | SI NO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--|----------|--|

Si ha contestado "Si" a alguna de las preguntas de 1 a 7, especifique detalles en la tabla a continuación:

| Nombre y Apellidos | Indique el número de pregunta | Indique la fecha del primer diagnóstico/consulta, el nombre y la dirección del médico que le trató, la frecuencia e intensidad de los síntomas, el último episodio, y los detalles de cualquier tratamiento que recibió, que está recibiendo o que va a recibir en el futuro |
|--------------------|-------------------------------|--|
|--------------------|-------------------------------|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CLÁUSULA AFILIADOS MUTUA

SANTIAGO DE COMPOSTELA, a..... de de 20.....

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 GRAL PARDIÑAS 9 Y 11 ENTR 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.

Apellidos y Nombre:

DNI:

Firma: