Via Laietana, 31
08003 Barcelona
Teléfono 93 319 78 00
Fax 93 310 73 53
infomutual@mutualmedica.com

MutualMèdica
La Mutualidad de los Médicos

SOLICITUD DE SEGURO MUTUAL MÈDICA

FECHA DE ENTRADA: FECHA DE EFECTO:
COMERCIAL: CAMPAÑA:

TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS: N.I.F.:
DOMICILIO: POBLACIÓN:
C.P.: PROVINCIA: TELÉFONO:
REPRESENTANTE LEGAL (sólo persona jurídica):

ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDOS: N.I.F.:
DOMICILIO: POBLACIÓN:
C.P.: PROVINCIA: TELÉFONO:
TELÉFONO MÓVIL: E-MAIL:
ESTADO: SEXO: F.NACIMIENTO: Nº HIJOS:
COLEGIADO EN: Nº COLEGIADO:
LUGAR DE TRABAJO: TELEFONO:
ACTIVIDAD: ☐ Pública ☐ Privada FECHA INICIO ACTIVIDAD PRIVADA:
¿INICIA ACTIVIDAD PRIVADA POR PRIMERA VEZ O FINALIZADA HACE MÁS DE 2 AÑOS? ☐ SI ☐ NO
¿REACTIVA ACTIVIDAD DESPUÉS MATERNIDAD? ☐ SI ☐ NO ESPECIALIDAD:
¿REALIZA GUARDIAS? Nº DE GUARDIAS AL MES:

BENEFICIARIOS

☐ LOS HEREDEROS LEGALES ☐ CÓNYUGE ☐ OTROS
NOMBRE Y APELLIDOS:

BENEFICIARIOS ORFANDAD: NOMBRE, APELLIDOS Y FECHA DE NACIMIENTO

FORMA DE PAGO

☐ MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL

	IBAN	ENTIDAD	AGENCIA	D.C	Nº DE CUENTA O LIBRETA
DOMICILIACIÓN BANCARIA:					

SEGURO	COBERTURA	CUOTA	FRACCIONAMIENTO
Orfandad	**100 €**	**Gratuita 1er. Año**	**Mensual**

Todas las páginas que forman parte de esta solicitud deberán estar debidamente cumplimentadas y firmadas (incluido la hoja de carácter normativo y la declaración de salud en caso de que la contratación así lo requiera).

Firma del tomador/a

DECLARACIóN DE SALUD

El/la interesado/a es conocedor/a de que cualquier inexactitud, omisión u ocultación en sus declaraciones, que sirven de base para la contratación de los seguros de Mutual Médica, puede ser causa de nulidad de la mencionada contratación y de la pérdida de sus derechos (Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguros). Responda todas las preguntas con el máximo rigor y precisión.

MARQUE LA CASILLA SI NO

1. ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad? ☐ ☐
2. ¿Ha tenido algún accidente? ☐ ☐
3. ¿Sigue algún tratamiento o control médico? ☐ ☐
4. ¿Ha tenido o tiene actualmente alguna circunstancia/sintomatología (física o psíquica, incluyendo síntomas sugestivos de CoVID-19) que haya requerido o requiera cuarentena, consulta médica, estudio médico, hospitalización, tratamiento o intervención quirúrgica? ☐ ☐
5. Si tiene concedida algún tipo de **invalidez**, indique el motivo y grado _____
6. Si tiene concedida algún tipo de **minusvalía**, indique patologías _____
7. ¿Ha tenido o tiene alguna alteración física, psíquica o funcional? ☐ ☐
8. ¿Tiene miopía > 6 dioptrías? ☐ ¿Tiene otros trastornos de visión? ☐ ☐
9. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica? ☐ ☐
10. ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a alguna prueba médica: resonancia magnética, escáner, ecografía, análisis, radiografía, ECG, etc.? ☐ ☐
    Indique motivos y resultados_____
11. Tiene alterados los valores de: colesterol ☐ /LDL ☐ /HDL ☐ /triglicéridos ☐ /glucosa ☐ /ácido úrico ☐
    Indique los valores alterados:_____/_____/_____/_____/_____/_____
12. Sufre de: diabetes SI ☐ NO ☐ Indique valores hemoglobina glicosilada _____ / Sufre hipertensión SI ☐ NO ☐

Si ha marcado **Sí** en alguna casilla o ha declarado tener alguna alteración, indique:

Diagnósticos_____
_____
Fecha de inicio _____
Causa/etiología _____
Duración del proceso_____
Tratamiento_____
_____
N episodios/fechas _____Evolución_____
Resultado pruebas efectuadas _____
_____
Especifique si tiene algún órgano afectado_____
_____
Estado actual: A) ☐ curado sin secuelas, B) ☐ curado con secuelas, especifique: _____
_____
C) ☐ en curso, pendente de _____
Otros comentarios respecto al estado de salud_____
_____

13. Peso:_____kg. Altura_____cm. Perímetro abdominal_____ cm. Su peso ha aumentado ☐ o disminuido ☐ en los últimos 5 años más de 5 Kg? En caso afirmativo indique kg _____ y causa _____
14. T.A. Sistólica _____/ Diastólica_____
15. ¿Le han hecho alguna vez el test del VIH? _____Fecha y resultado _____
16. ¿Fuma? _____ ¿Cantidad diaría? _____
17. ¿Consume bebidas alcohólicas? _____ ¿De qué tipo y cantidad diaria? _____
18. ¿Practica algún deporte con carácter habitual ☐ o professional ☐ ?_____
    En caso afirmativo, indique cuál y con qué frecuencia _____

Fecha de la declaración	Firma del/de la asegurado/da
Dato imprescindible para la validez de esta solicitud	

INFORMACIÓN DE CARÁCTER NORMATIVO

Protección de datos

☐ **Consiento expresamente recibir envíos de actividades que realiza Mutual Médica, así como información comercial sobre los productos y servicios que ofrece la mutualidad, incluso mediante correo electrónico.**

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente de protección de datos personales, le informamos en relación con el tratamiento de los datos que nos ha facilitado al cumplimentar esta solicitud de seguro (incluidos los de salud) y de las circunstancias del tratamiento de los citados datos personales:

1. Responsable del tratamiento:

   - MUTUAL MÉDICA, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA.
   - CIF: V08475766
   - Domicilio social: Paseo Mallorca, 42, 07012, Palma de Mallorca.
   - Dirección postal: Vía Laietana, 31, 08003, Barcelona.
   - Teléfono: 93 319 78 00
   - Correo electrónico: infomutual@mutualmedica.com
   - DPO: lopd@mutualmedica.com

2. Finalidad y destinatarios:

Los datos facilitados se tratarán con la finalidad de gestionar los seguros que ha solicitado contratar, siendo estos necesarios para el cumplimiento de la relación contractual, así como para llevar a cabo la gestión contable y administrativa. Asimismo, sus datos podrán ser tratados con la finalidad de informarle sobre nuestros servicios y productos si nos ha autorizado.
Mutual Médica no facilitará sus datos personales a terceros salvo obligación legal. Únicamente realizará la cesión de los mismos a compañías reaseguradoras, asesores médicos, peritos u otras entidades con las que se tenga formalizada una relación contractual y con motivo de la tramitación del siniestro.
Los datos serán tratados únicamente para las finalidades expresadas, no pudiendo los mismos ser tratados ulteriormente para fines incompatibles con los aquí descritos. En caso de ser destinados a fines distintos a los explicados anteriormente, se le proporcionará toda aquella información pertinente con anterioridad al nuevo tratamiento.
Sus datos se conservarán durante su relación contractual y, una vez finalizada la misma, se mantendrán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades derivadas del tratamiento y durante el periodo de prescripción de las mismas. Cumplido el citado plazo, se procederá a la supresión. No obstante, en el caso de que usted haya autorizado el tratamiento de sus datos con fines publicitarios, se conservarán los datos necesarios para tal fin, mientras no manifieste su oposición.

3. Legitimación:

La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato de seguro suscrito entre usted y Mutual Médica y su consentimiento para el tratamiento con fines publicitarios.
Respecto a la legitimación de sus datos personales cedidos a compañías reaseguradoras, asesores médicos, peritos u otras entidades con las que se tenga formalizada una relación contractual y con motivo de la tramitación del siniestro, la base legal es el cumplimiento de lo previsto en la Ley del Contrato de Seguros y en los reglamentos de los seguros solicitados.
Asimismo, el tratamiento de sus datos también podrá realizarse para el envío de comunicaciones por correo postal o por cualquier otro medio electrónico que pueda utilizar la mutualidad en base a las obligaciones legales a cumplir en virtud de su condición de mutualista (convocatoria de asamblea, elecciones, etc.), así como en cumplimiento de la Ley de Contrato de Seguro que resulta de aplicación para el mantenimiento de la relación contractual de las coberturas aseguradoras solicitadas.

4. Derechos:

Como mutualista tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos, además de ejercer el derecho de oposición y limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos.
Podrá ejercer dichos derechos dirigiéndose al responsable del tratamiento: Mutual Médica, mutualidad de previsión social a prima fija, con dirección a efectos de notificaciones a Vía Laietana, número 31, 08003, Barcelona, mediante escrito dirigido a la atención del delegado de Protección de Datos por correo postal o por correo electrónico lopd@mutualmedica.com.

En el caso de que no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Puede consultar información adicional sobre protección de datos en nuestra página web www.mutualmedica.com.

Enterado y conforme con lo expuesto en los apartados anteriores, usted consiente expresamente y autoriza a Mutual Médica para que trate sus datos personales, voluntariamente facilitados, según las finalidades expuestas en este documento y para cederlos a las entidades públicas y privadas que sean necesarias para la prestación de los servicios solicitados.

Prevención de blanqueo de capitales

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en la normativa de prevención de blanqueo de capitales, debe responder a las siguientes preguntas:

¿Desempeña o ha desempeñado algun cargo con responsabilidad pública (PRP*)?

Sí ☐ **No** ☐

En caso afirmativo, indique cuál (cargo):----------

¿Es familiar, socio de negocio o allegado/a de alguna persona con responsabilidad pública?

Sí ☐ **No** ☐

En caso afirmativo, indíquelo (nombre, apellidos y cargo):----------

* Se considerarán personas con responsabilidad pública (PRP) las siguientes:

a) Aquellas que desempeñen o hayan desempeñado funciones públicas importantes por elección, nombramiento o investidura en otros Estados miembros de la Unión Europea o terceros países, tales como los jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros u otros miembros de Gobierno, secretarios de Estado o subsecretarios; los parlamentarios; los magistrados de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales, con inclusión de los miembros equivalentes del Ministerio Fiscal; los miembros de tribunales de cuentas o de consejos de bancos centrales; los embajadores y encargados de negocios; el alto personal militar de las Fuerzas Armadas; los miembros de los órganos de administración, de gestión o de supervisión de empresas de titularidad pública.

b) Aquellas que desempeñen o hayan desempeñado durante los dos últimos años funciones públicas importantes en el Estado español, tales como los altos cargos de acuerdo con lo dispuesto en la normativa en materia de conflictos de intereses de la Administración General del Estado; los parlamentarios nacionales y del Parlamento Europeo; los magistrados del Tribunal Supremo y Tribunal Constitucional, con inclusión de los miembros equivalentes del Ministerio Fiscal; los consejeros del Tribunal de Cuentas y del Banco de España; los embajadores y encargados de negocios; el alto personal militar de las Fuerzas Armadas; y los directores, directores adjuntos y miembros del consejo de administración, o función equivalente, de una organización internacional, con inclusión de la Unión Europea.

c) Aquellas que desempeñen o hayan desempeñado durante los dos últimos años funciones públicas importantes en el ámbito autonómico español, como los presidentes y los consejeros y demás miembros de los Consejos de Gobierno, así como los altos cargos y los diputados autonómicos y, en el ámbito local español, los alcaldes, concejales y demás altos cargos de los municipios capitales de provincia o de capital de Comunidad Autónoma, de las entidades locales de más de 50.000 habitantes, o cargos de alta dirección en organizaciones sindicales o empresariales o partidos políticos españoles.

Firma del/de la asegurado/a

Firmado: Mutualista

Nombre y apellidos