

AVÍS LEGAL:**1.- Identificació del titular responsable del tractament:**

El titular responsable del tractament de les dades:

MUTUA DE TERRASSA Mutualitat de Previsió Social, (d'ara en endavant, la MUTUALITAT), amb NIF núm. V08413460 i domicili social a Terrassa, carrer Sant Antoni, 32.

DELEGAT DE PROTECCIÓ DE DADES: dpd@mutuaterrassa.cat

2.- Finalitat del tractament, base legal i terminis de conservació

A la MUTUALITAT tractem les dades personals dels sol·licitants i potencials prenedors i assegurats per a les següents finalitats:

- Per atendre qualsevol sol·licitud que ens faci arribar a través dels formularis habilitats.
 - Per avaluar el risc de la sol·licitud en base a les dades que vostè ens proporciona.
 - Per elaborar anàlisis estadístiques, mesuraments i estudis de mercat sobre els productes i serveis oferts per la MUTUALITAT, els usuaris i les seves necessitats, tendències, interessos i preferències.
 - Per remetre comunicats sobre productes de la MUTUALITAT: L'Usuari podrà comunicar el seu desig de no rebre més comunicacions comercials seguint les instruccions que s'indiquen en el peu de cadascuna de les comunicacions comercials remeses.
- Bases legals per al tractament:
- El seu consentiment que es considera atorgat al omplir la present sol·licitud.
 - L'interès legítim de la MUTUALITAT per l'enviament d'informació comercial i elaboració d'estudis de mercat.
 - Així mateix, en compliment de la Llei de Serveis de la Societat de la Informació 34/2002 de 11 de juliol, us indiquem que en informar el camp email o telèfon mòbil ens autoritzeu a emprar aquests mitjans per la realització de comunicacions directament relacionades amb les finalitats indicades.
- El termini de conservació: Les dades es conservaran indefinidament mentre no ens sol·liciti la seva supressió.

3.- Destinataris de les dades personals

La MUTUALITAT podrà comunicar les dades tractades, a altres entitats o organismes públics relacionats amb el sector assegurador amb finalitats estadístiques o de lluita contra el frau, així com per raons de reassurament o coassegurament, segons estableix la llei 30/1995 d'ordenació de les assegurances privades.

Per obligació legal: a jutges, tribunals que ho sol·licitin per via judicial o en el marc d'una investigació policial.

4.- Drets dels titulars de les dades

Qualsevol persona té dret a obtenir informació sobre quines dades està tractant. A continuació, li indiquem els seus drets:

- Les persones interessades tenen dret a accedir a les seves dades personals, així com a sol·licitar la rectificació de les dades inexactes o, si escau, sol·licitar la seva supressió quan, entre altres motius, les dades ja no siguin necessàries per a les finalitats per les quals van ser recollides.
- En determinades circumstàncies, els interessats podran sol·licitar la limitació del tractament de les seves dades, en aquest cas únicament es conservaran per a l'exercici o la defensa de reclamacions.
- En determinades circumstàncies i per motius relacionats amb la seva situació particular, els interessats podran oposar-se al tractament de les seves dades. La MUTUALITAT deixarà de tractar les dades, excepte per motius legítims imperiosos, o l'exercici o la defensa de possibles reclamacions.
- Portabilitat: L'interessat tindrà dret a rebre les dades personals que li incumbeixin, que hagi facilitat a la MUTUALITAT, en un format estructurat, d'ús comú i lectura mecànica quan: a) el tractament estigui basat en el consentiment o en un contracte, i b) el tractament s'efectuï per mitjans automatitzats.

L'informem del seu dret a presentar una reclamació davant l'autoritat de control (AEPD.- www.agpd.es) en el cas que no hagi vist satisfets l'exercici dels seus drets aquí indicats.

Per exercir els citats drets pot posar-se en contacte amb nosaltres a través de correu postal o electrònic a les adreces indicades a l'apartat 1, identificant a la seva petició la següent informació:

- 1.- Dades del sol·licitant (Nom i cognoms)
- 2.- Adreça de contacte
- 3.- Dret que vol exercir
- 4.- Sobre quines dades concretes formula la seva petició

En el termini màxim d'un mes resolrem la seva petició a través del mateix mitjà que hagi utilitzat inicialment.

5.- Seguretat en el tractament

Tenint en compte l'estat de la tècnica, els costos d'aplicació, i la naturalesa, l'abast, el context i les finalitats del tractament, així com els riscos de probabilitat i gravetat variables per als drets i llibertats de les persones físiques, la MUTUALITAT aplicarà mesures tècniques i organitzatives apropiades per garantir un nivell de seguretat adequat al risc, que evitin la destrucció, pèrdua o alteració accidental o il·lícita de dades personals transmeses, conservades o tractades d'una altra forma, o la comunicació o accés no autoritzats a aquestes dades.

6.- Qüestions generals

El sol·licitant i persona a assegurar declara haver contestat amb total sinceritat les qüestions anteriors, reconeixent que les respostes donades han de servir de base per a la valoració del risc i acceptant les conseqüències legals de qualsevol omissió o falta de veracitat.

Així mateix dona el seu consentiment al tractament de les dades de salut que ens proporcionï i a demanar informació addicional de caràcter clínic per poder avaluar la seva sol·licitud.

Signatura:

El/la Mutualista:



Nom i Cognoms Mutualista _____

Dades específiques de salut

	Assegurat 1	Assegurat 2	Assegurat 3	Assegurat 4	Assegurat 5
Pes en Kg	_____	_____	_____	_____	_____
Alçada en cm	_____	_____	_____	_____	_____
Tensió arterial (màx./mín)	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____
Consum de tabac. Quantitat diària	_____	_____	_____	_____	_____
Consum alcohol. Quantitat diària	_____	_____	_____	_____	_____
Diòptries (ull esquerre/ull dret)	____/____	____/____	____/____	____/____	____/____
Motiu diòptries	_____	_____	_____	_____	_____
1- Ha patit o pateix alguna malaltia crònica, congènita o persistent, disminució física o psíquica, defecte físic, incapacitat, amputació o anquilosi?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2- Es portador de VIH o alguna malaltia infectocontagiosa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3- Té o ha tingut sucre a la sang (diabetis), hipertensió arterial, alteracions del colesterol o triglicèrids, hepatitis, úlceres, anèmia, alteracions tiroidees, còlics nefrítics o biliars, embòlies, galindons, hèrnies (discal, inguinal, crural, de hiatus, etc.)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4- Ha estat sotmès a alguna intervenció quirúrgica o ha estat hospitalitzat en alguna ocasió?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5- Ha rebut, rep o està pendent de rebre algun tractament mèdic, farmacològic i/o quirúrgic?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6- Ha patit o pateix alguna malaltia referent a: les oïdes, la pell, la columna vertebral o aparell locomotor, afeccions de les cordes vocals, lesions cardíques, aparell digestiu o respiratori, aparell circulatori, sistema nerviós o malaltia de tipus psíquic, tumors (benignes o malignes), malaltia renal o de les vies urinàries, malaltia reumàtica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7- Ha patit algun accident?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8- Ha patit algun trastorn o malaltia ginecològica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9- Ha consumit o consumeix drogues, estupefaents o psicofàrmacs?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10- En els darrers 6 mesos, ha consultat algun metge especialista o fet una prova diagnòstica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11- En els últims 5 anys ha rebut tractament radical (cirurgia, radioteràpia, quimioteràpia o immunoteràpia) per a alguna mena de càncer o ha tingut alguna recaiguda d'un càncer previ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si ha contestat afirmativament alguna de les preguntes anteriors, especifiqui les següents dades:

Núm.	Núm. Pregunta	Patologia, proves realitzades, intervenció, diagnòstic i medicació	Data d'inici, data d'alta	Tractament	Situació actual
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____
Assegurat <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

A emplenar per Mútua Terrassa

 Departament mèdic Departament subscripció

A _____, a _____ de _____ de _____

Signatures:

El/la mediador/a El/la Mutualista Assegurat 1 Assegurat 2 Assegurat 3 Assegurat 4 Assegurat 5