

Declaración de Salud SURNE



FECHA EFECTO:

MEDIADOR:

D. Personales	Nombre	Apellido 1		Apellido 2		
	Fecha de nacimiento	Teléfono		Mail		
	DNI	Peso	Estatura	Tensión Arterial Máxima	Tensión Arterial Mínima	Profesión Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> ajena <input type="checkbox"/>

NO OLVIDE FECHAR Y FIRMAR, ASÍ COMO CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS. EN FUNCIÓN DE SUS RESPUESTAS SE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN

Cuestionario Médico	¿Padece usted actualmente alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?:	
	¿Ha padecido alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?:	
	¿Ha sido tratado alguna vez por un médico especialista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha, especialista: _____ Causa: _____	
	¿Ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Causa, lesiones:	
	¿Tiene algún defecto físico, minusvalía, pérdida funcional o grado de invalidez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál? _____	
	¿Ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente o sometido a pruebas de diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Causa y año	Causa y año
	¿Tiene material de osteosíntesis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Qué cantidad de bebidas alcohólicas consume al día?		¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad:
	¿Consumo o ha consumido usted drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	
	¿Le han hecho las pruebas de SIDA o VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué resultado?:	
¿Se encuentra en situación de baja por enfermedad?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se ha encontrado en situación de baja por tiempo superior a 15 días en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Causa:		
¿Se encuentra iniciando los trámites por invalidez?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Toma habitualmente algún medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamento, causa y desde cuándo	Medicamento, causa y desde cuándo	Medicamento, causa y desde cuándo

Tipo de Trabajo	Trabajo Manual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corrientes eléctricas de más de 380 voltios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Uso de maquinaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajos en alturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Uso de herramientas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajos con carga o esfuerzo físico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Empleo de materias explosivas, corrosivas o cortantes		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Activ. Deportiva	¿Qué deportes realiza?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P

(A) Aficionado (F) Federado (P) Profesional

Recargos

¿Conduce motos con cilindrada superior a 125 cc? Sí No

Número aprox. de viajes anuales

En automóvil

Más de 25.000 Km./año Menos de 25.000 Km./año

En avión

Otros

¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización? Sí No

OBSERVACIONES. Utilizar para la aclaración que estime oportuna

Fecha

___ de _____ de _____

Firma

Mediante la suscripción del presente documento declara haber sido informado de que todos los datos personales del tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados en este documento, incluidos los de salud, así como la restante información a la que SURNE pueda tener acceso a lo largo de la duración de la relación contractual, serán susceptibles de tratamiento, estrictamente confidencial, a través de ficheros para aplicaciones de tipo técnico cuyas finalidades son el análisis del riesgo y, en su caso, el control, desarrollo, ejecución y cumplimiento del contenido del seguro, cuyo responsable será SURNE, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (c/ Gardoqui, 1 Bilbao – Vizcaya). Dichos datos e información podrán ser objeto de comunicación, total o parcial, a profesionales médicos para el análisis de la solicitud efectuada y ejecución del contrato, así como para la gestión y liquidación de siniestros, además de a las autoridades de supervisión de la Entidad conforme a la normativa aplicable. Adicionalmente, en caso de que el asegurado sea persona distinta al tomador, el tomador podrá tener acceso a cualquier información del asegurado, generada en ejecución de la relación contractual. La autorización al tratamiento y cesiones indicadas de dichos datos es obligatoria, denegándose la formalización del seguro en caso contrario, por lo que el solicitante, mediante la suscripción del presente documento, otorga su consentimiento expreso a los mismos.

Le rogamos nos indique a continuación si se opone a que el responsable del fichero pueda hacer uso de los datos e información recabados, con la finalidad de ofrecerle información sobre otros productos o servicios de SURNE, de cualquiera de las entidades del Grupo SURNE o de terceras empresas dedicadas a actividades de aseguramiento y previsión social con las que SURNE haya firmado acuerdos de distribución de seguros y productos de previsión social.

Me opongo a que se utilicen los datos con la finalidad expresada.

Así mismo, se le informa de que, salvo que nos manifieste expresamente su oposición marcando la casilla articulada al efecto, sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, podrán ser conservados y tratados aunque no se formalice el contrato de seguro, con la finalidad de controlar y gestionar futuras solicitudes que pueda realizarnos. De igual modo y con la misma finalidad, los citados datos podrán ser cedidos a las restantes entidades del Grupo SURNE dedicadas al sector del aseguramiento y previsión social.

Me opongo a la conservación y tratamiento de mis datos en caso de que no se formalice el contrato de seguro.

Salvo oposición expresa por su parte marcando las casillas articuladas al efecto entendemos que otorga su consentimiento a los tratamientos y cesiones indicadas.

Todo tomador/asegurado/beneficiario tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso a los datos recabados, así como de rectificación y cancelación de los mismos u oposición a su tratamiento, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y normativa de desarrollo, mediante comunicación dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Asegurado conforme al procedimiento general establecido al efecto.