

Mediador .....

Fecha de efecto .....

N DS-07/19

## DATOS ASEGURADO

Nombre ..... Apellido 1 ..... Apellido 2 .....

DNI ..... Fecha de Nacimiento .....

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

Altura: ..... cm	Peso: ..... Kgs.	¿Fuma?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
- ¿Consumo o ha consumido drogas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
- ¿Le han hecho las pruebas del SIDA o VIH?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Resultado .....
- ¿Padece Hipertensión Arterial?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Tratamiento o control médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
- ¿Consumo bebidas alcohólicas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Cantidad diaria: .....
- ¿Está o ha estado de baja laboral más de 15 días en los últimos 5 años?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Causa y año: .....
- ¿Tiene alguna malformación, deformación o anomalía congénita o adquirida?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Ha padecido o padece tumor maligno o cáncer?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardíacos o circulatorios, enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales, artrosis, protusiones, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Alteraciones del sistema neurológico?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Alteraciones de la sangre y/o sistema linfático?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Alteraciones psíquicas y/o psiquiátricas (depresión, ansiedad, psicopáticas, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Alteraciones de la piel (quistes, eccemas, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Alteraciones de los sentidos (náriz, oído y/o laringe, oculares)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? ..... Dioptrías cuántas .....
- ¿Afectaciones genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.)?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Padece alguna afección todavía no nombrada?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Ha sido y/o va a ser intervenido quirúrgicamente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivo y Fecha .....
- ¿Tiene material de osteosíntesis?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Fecha prevista de retirada .....
- ¿Tiene previsto o ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, escaner o tac, doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos y resultados .....
- ¿Ha sufrido lesiones musculares, articulares, ligamentosas, tendinosas o reumáticas?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Ha sufrido algún accidente?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Naturaleza y fecha .....
					¿Ha dejado secuelas? .....
- ¿Está en la actualidad bajo control médico y/o medicación?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	¿Cuál? .....
- ¿Ha tramitado o está tramitando una solicitud de invalidez?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Motivos .....
- ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Importe y cobertura .....

## TIPO DE TRABAJO

Trabajo Manual	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Corrientes eléctricas de más de 380 voltios	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de maquinaria	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos en alturas a más de 10 metros	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Uso de herramientas	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Trabajos con carga o esfuerzo físico	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Empleo de materias explosivas, corrosivas o cortante	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Viaja más de 40.000 km/año en automóvil	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

## ACTIVIDAD DEPORTIVA Y AFICIONES

¿QUE DEPORTES REALIZA?  AFICIONADO  FEDERADO  PROFESIONAL ¿Cuál? .....

¿Conduce motos con cilindrada igual o superior a 500 cc?  Sí, sólo como medio de transporte  Sí, motociclismo  No

En ..... a fecha ..... FIRMA .....  
(Asegurado)

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

**Información básica sobre protección de datos. RESPONSABLE:** Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE") **FINALIDAD:** Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro / Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE / Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar. **LEGITIMACIÓN (BASE JURÍDICA):** Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro / Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción / Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones. **DESTINATARIOS:** Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. / Corredores de seguros / Profesionales médicos / Organismos públicos / Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda. **TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES:** Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos. **CATEGORÍAS DE DATOS Y PROCEDENCIA:** Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro / Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados). **DERECHOS:** Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional. **INFORMACIÓN ADICIONAL:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en <https://www.svrne.es/webpublica/es/proteccion-de-datos>.