

PROCEDE DE MODALIDAD:..... SOLICITA MODALIDAD:..... Nº SOLICITUD:.....

PROCEDE DE LA COMPAÑÍA:..... ANTIGÜEDAD, AÑO :.....

Nº SOCIO:..... ZONA:..... MOD. MÉDICA: "C"  "D"  PYME  PLENA  PLENA PLUS  SALUD 100

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE	
Nombre y Apellidos	NIF

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (*)					
Nombre y Apellidos					NIF
Edad	Sexo	Peso	Estatura	Relación con el Declarante	Nº de Orden

(\*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	
Nombre y Apellidos	NIF

DATOS DE INTERÉS SANITARIO			
Nº	PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿ Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución.: Especifique cual:
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo:
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	Fecha ...../...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, tratamiento y evolución:
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas:
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/>	Especifique cual: Especifique cual: Especifique cual:
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consume o ha consumido estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día: Especifique cantidad al día y tipo de bebidas: Especifique tipo de producto:

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a MONTEPIO DE CONDUCTORES para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Mutua, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes. MONTEPIO podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario.

MONTEPIO queda, en todo caso y desde ahora, liberado de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

#### Información Básica sobre Protección de Datos

Responsable del tratamiento	MONTEPIO DE CONDUCTORES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA
Finalidad del tratamiento	Cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro.
Legitimación del tratamiento	Ejecución de un contrato.
Destinatarios	Se cederán datos a médicos, centros sanitarios, hospitales, entidades reaseguradoras u otras instituciones o personas para el análisis de la solicitud efectuada y ejecución del contrato, gestión y liquidación de siniestros. y a Administraciones públicas que lo soliciten. No se realizarán transferencias internacionales de datos salvo las estrictamente necesarias relacionadas con los servicios contratados.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web: <a href="http://www.montepioconductores.com">www.montepioconductores.com</a> Documento disponible para su descarga desde la URL: <a href="https://www.montepioconductores.com/proteccion-de-datos/">https://www.montepioconductores.com/proteccion-de-datos/</a>

**Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos y finalidades, según las condiciones indicadas, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.**

Fecha ..... Firma.....

OBSERVACIONES				
Observaciones...				
Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Núm. de solicitud