



Datos personales

N.I.F.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Profesión habitual
__ / __ / __			

Declaración responsable

Reconoce como ciertos los datos y declaraciones contenidas en este cuestionario, conociendo que las ocultaciones e inexactitudes en las respuestas pueden ser causa de denegación o anulación de la solicitud de aceptación y, en su caso, de las prestaciones que pudiera causar. También **se compromete** a comunicar a PREMAAT, tan pronto se produzca, cualquier variación de su situación personal, familiar o profesional, en especial, los cambios que pudieran tener relevancia fiscal o en las coberturas aseguradas.

Cuestionario de salud

Talla: _____ m.	¿Se considera usted en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso negativo, amplíe información:
Peso: _____ kg.	_____				
¿Por qué enfermedad ha interrumpido su trabajo de forma prolongada?	_____			¿Cuándo?	_____
¿Está recibiendo o ha recibido en los últimos años tratamiento médico con quimioterapia, radioterapia, transfusiones sanguíneas, diálisis peritoneal o hemodiálisis?				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo amplíe información:	_____				
_____	_____				
¿Se encuentra en la actualidad de baja médica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Por qué motivo?	_____	¿Desde qué fecha?
_____			_____	_____	__ / __ / __
¿Está en trámite de solicitar algún tipo de incapacidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	_____	¿Desde qué fecha?
_____			_____	_____	__ / __ / __
¿Va a someterse próximamente a algún tipo de intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Por qué motivo?	_____	
¿Es usted portador de algún tipo de prótesis, ortesis o férula mecánica y/o eléctrica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	_____	
¿Ha sido reconocido o tratado por algún médico en los últimos años?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Por qué motivo?	_____	
¿Tiene reconocida alguna discapacidad por algún organismo oficial?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique:		
			a) Organismo que lo concedió:	_____	c) Dictamen médico:
			b) Gdo. Discapacidad:	_____ %	_____
Si es mujer:	¿Cuántos hijos ha tenido?	¿Número de abortos?	¿Fueron normales los partos y puerperios?		¿Está embarazada?
	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
					No <input type="checkbox"/>

(continúe en la página siguiente)

Debe firmar las dos hojas



Indíquenos si ha sufrido o ha tenido las siguientes enfermedades o síntomas (conteste SÍ o NO):				
a) Pleuresía, pulmonía, bronquitis, asma, tuberculosis, enfermedades del aparato respiratorio.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	h) Afecciones de vista, oído o garganta.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Afecciones cardiacas, extrasístoles, palpitaciones, ahogos o disnea.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	i) Reumatismo, flebitis, albúmina, varices, trastornos aparato circulatorio o de articulaciones.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) Tensión arterial elevada.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	j) Diabetes, bocio u otros trastornos de las glándulas endocrinas.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d) Insomnio, vértigos, pérdida brusca del conocimiento, enfermedades mentales.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	k) Ha sido internado en algún centro hospitalario.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) Enfermedades del sistema nervioso.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	l) Ha sido intervenido quirúrgicamente.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f) Dolores o molestias de estómago, hígado, vesícula o intestinos, úlcera, apendicitis, hernias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	m) Padece alguna lesión o secuela como consecuencia de un accidente.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g) Afecciones del riñón, vejiga, órganos genitales o próstata.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	n) Padece alguna afección no mencionada anteriormente.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Amplíenos información acerca de las respuestas contestadas afirmativamente, detallando la dolencia de que se trate, la fecha en que comenzaron los trastornos y su evolución:				
<hr/> <hr/> <hr/>				
¿Está sometido en la actualidad a algún tratamiento médico?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Por qué motivo?	<hr/> <hr/>
¿Tiene antecedentes de familiares próximos fallecidos o afectados por procesos cerebro-cardio vasculares, hipertensión, nefropatías, diabetes o cáncer?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indique parentesco	<hr/>	Y especifique el proceso	<hr/>	
<hr/> <hr/>				

Protección de Datos de Carácter Personal

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), PREMAAT le informa que los detalles de la información suministrada en la presente declaración no serán objeto de tratamiento automatizado, y sólo serán incorporados en los ficheros de la Mutualidad y tratados automatizadamente aquellos datos de salud estrictamente necesarios para la gestión interna y abono de las prestaciones concertadas dependientes del estado de salud del interesado .

El interesado, tal y como establece el artículo 7 de la LOPD, manifiesta de forma libre, precisa, inequívoca, específica e informada que presta su consentimiento para el tratamientos de los datos especificados con la finalidad mencionada, y en definitiva, para la gestión global de la relación suscrita.

A tenor de la LOPD, podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a PREMAAT, a la siguiente dirección: c/Juan Ramón Jiménez, 15 –28036 Madrid.

Fecha y sello de "entrada" del mediador

En _____, a _____ de _____ de _____
El/La Declarante,

Atención: debe firmar las dos hojas que componen esta declaración