

**Datos personales:**

N.I.F.	Nombre:	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha Nacimiento	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Estado Civil	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 (cm).	Peso (kg).	¿Se considera usted en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo amplíe información:			
¿Se encuentra en la actualidad de baja médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Por que motivo?		¿Desde qué fecha?	
¿Está en trámite de solicitar algún tipo de incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Por que motivo?		¿Desde qué fecha?	
¿Va a someterse próximamente a algún tipo de intervención quirúrgica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Por que motivo?			
¿Es usted portador de algún tipo de prótesis, ortesis o férula mecánica y/o eléctrica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuál?			
¿Ha sido reconocido o tratado por algún médico en los últimos años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene reconocida alguna discapacidad por algún organismo oficial?			
Organismo que lo concedió:		Grado Discapacidad	
Dictamen médico			
Si es mujer:	¿Cuántos hijos ha tenido?	¿Número de abortos?	¿Fueron normales los partos y puerperios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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



**PREMAAT**

SEGUROS Y AHORRO

**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 tratamiento 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_  
El/La Solicitante,

Fecha y sello de entrada del mediador

La cumplimentación de esta solicitud no implica la inscripción o la ampliación de coberturas, al requerirse la aceptación expresa de PREMAAT, quien establecerá la fecha de efectos de la misma. En el supuesto de no ser aceptada la solicitud, el solicitante puede presentar recurso ante la Junta de Gobierno de PREMAAT. Si es rechazada la solicitud, las contribuciones adelantadas serán devueltas en su integridad.