

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 amplie 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 amplie 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Por qué 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			¿Por qué motivo?		
¿Tiene reconocida alguna discapacidad por algún organismo oficial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			En caso afirmativo indique: a) Organismo que lo concedió: _____ b) Gdo. Discapacidad: _____ % c) Dictamen médico: _____		
Si se trata de una mujer:	¿Cuántos hijos ha tenido? _____	¿Nº de abortos? _____	¿Fueron normales los partos y puerperios? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Indiquenos 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.	<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 cardíacas, 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	
Amplien 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?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, indique parentesco _____			y especifique el proceso _____		

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.

Fecha y sello de "Entrada" del Mediador

En _____, a _____ de _____ de 20____.

El interesado,