

DECLARACIÓN DE SALUD

MUY IMPORTANTE

LA FALSEDAZ U OMISIÓN DE LOS DATOS QUE SE CONSIGNEN EN ESTA DECLARACIÓN DE SALUD POR PARTE DEL ASEGURADO, AÚN CUANDO EXISTA RECONOCIMIENTO MÉDICO, PRODUCIRÁ LA PÉRDIDA AL COBRO DE TODA PRESTACIÓN POR PARTE DEL BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.

Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos NIF Fecha de Nacimiento

Profesión actual o actividad laboral/profesional que desarrolle actualmente:

Marque con una X para responder SÍ o NO. En caso afirmativo, detalle por favor con fechas y datos lo más minuciosos y completos posible.

- ¿Está asegurado con alguna otra compañía aseguradora? SÍ NO
¿Cuál?
- ¿Realiza alguna actividad deportiva? SÍ NO
Tipo de deporte
¿Amateur o Profesional?
- ¿Toma parte en competiciones o Rallyes? SÍ NO

Datos Básicos de Salud

Peso (Kg) Altura (cm) Tensión Arterial Máx. Mín. Fecha

- ¿Tiene médico de cabecera? SÍ NO
Nombre y Apellidos
Domicilio
- ¿Ha sido reconocido médicamente en alguna ocasión por otra Compañía de Seguros o Mutualidad para contratar un seguro de vida? SÍ NO
Compañía ¿Se le rechazó? ¿Le calcularon una sobreprima?
- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de nacimiento o secuelas de un accidente? SÍ NO
Enfermedad Fecha
- ¿Presenta algún defecto físico o invalidez? SÍ NO
¿Cuál?
- ¿Tiene concedida o está en trámites para la solicitud de incapacidad laboral o minusvalía? SÍ NO
- ¿Está actualmente de baja laboral? SÍ NO
- Durante los últimos 5 años, ¿ha tenido por falta de salud, enfermedad, operación, etc., que interrumpir su trabajo, cambiar de profesión o haber sido dado de baja en la Seguridad Social por una duración superior a un mes?.. SÍ NO
Motivo Fecha

Hábitos

- ¿Fuma? SÍ NO
Cigarrillos/día
- ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas? SÍ NO
¿Cuáles? Cantidad/semana
- ¿Consume o ha consumido algún tipo de droga? SÍ NO
¿Cuál?

General

- ¿Toma habitualmente algún medicamento? SÍ NO
¿Cuál?

- **¿Ha sufrido a lo largo de su vida alguna intervención quirúrgica?**..... Sí NO
 ¿Cuál?
 Fecha ¿Resultado?
- **¿Se le ha sometido a tratamiento en hospital o clínica?**..... Sí NO
 ¿Con qué motivo?
 Fecha ¿Qué tipo?
- **¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica o prevista alguna hospitalización?**..... Sí NO
 ¿Cuál?
- **¿Le han realizado marcadores virales para hepatitis B, hepatitis C, VIH?**..... Sí NO
 ¿Con qué motivo?
 Fecha Resultado
- **¿Ha recibido tratamiento de quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia o algún otro tratamiento especializado?**
 Sí NO
 ¿A causa de qué enfermedad? Fecha
- **¿Tiene azúcar en la sangre o en la orina?** Sí NO
 Medicación
 Cantidad de azúcar
- **¿Padece de colesterol elevado o gota?** Sí NO
 Cifras
 Fechas Medicación
- **¿Su profesión implica la manipulación o proximidad a productos peligrosos o radioactivos?** Sí NO

Antecedentes familiares

- **¿Han fallecido sus padres?**..... Sí NO
 Edad Fallecimiento Padre Madre
 Causa Fallecimiento Padre Madre
- **¿Entre sus familiares directos hay antecedentes de cáncer, enfermedades del corazón, de la circulación, muerte súbita o enfermedades neurológicas antes de los 60 años? ?**..... Sí NO

Aparato Circulatorio

- **¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del corazón o del aparato cardiovascular?**..... Sí NO
 ¿Cuál? Fecha
- **¿Padece o ha padecido alguna enfermedad circulatoria?**..... Sí NO
 ¿Cuál? Fecha
- **¿Le han recetado, ha tomado o está tomando medicamentos para la circulación, corazón, hipertensión, anticoagulantes u otros?**
 Sí NO
 ¿A causa de qué enfermedad? Fecha

Aparato Digestivo

- **¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del aparato digestivo, hígado o vías biliares, etc.?**..... Sí NO
 Indicar enfermedad Fecha
- **¿Tiene trastornos en la deglución de alimentos ?**..... Sí NO
 Fecha en que comenzaron los trastornos

Aparato Respiratorio

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del sistema respiratorio (EPOC, asma, enfisema, bronquitis crónica, SOAS, tos de larga duración enfermedades de pulmón, de los bronquios o de la pleura, o cualquier otra) Sí NO

Indicar enfermedad

Fecha

Enfermedades en los ojos o los oídos-laringe

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad o defecto en la vista? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

- ¿Usa gafas o lentillas? Sí NO

Causa

Graduación

- ¿En los tres últimos años ha tenido necesidad de consultar con el oftalmólogo? Sí NO

¿Por qué?

¿Resultados?

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del oído-laringe? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

Sistema nervioso

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del sistema nervioso (esclerosis, Parkinson, parálisis, epilepsia o cualquier otra)? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad psiquiátrica/psicológica (ansiedad, depresión, estrés, neurosis intentos de suicidio, o cualquier otra)? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

- ¿Le han practicado en alguna ocasión un electroencefalograma? Sí NO

¿Por qué?

Fecha

Sistema cutáneo

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad en la piel? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

Sistema endocrino y metabólico

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del sistema endocrino o metabólico (enfermedades del tiroides, cualquier tipo de diabetes, hemocromatosis, gota, aumento del colesterol, de los triglicéridos o cualquier otra)? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

Aparato Urinario

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad del riñón o de las vías urinarias? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

- ¿Ha tenido cólicos nefríticos? Sí NO

Fecha

Resultado

Aparato Locomotor

- ¿Ha padecido o padece algún tipo de enfermedad de los huesos o articulaciones (columna vertebral, dolores de espalda, artrosis, artritis o cualquier otra) Sí NO

¿Cuál?

Fecha

Otras enfermedades

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad infecciosa? Sí NO

¿Cuál?

Fecha

- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de la sangre o ganglionar? SÍ NO
 Enfermedad Fecha
- ¿Le han diagnosticado alguna vez cáncer? SÍ NO
 ¿Cuál? Fecha
- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad no citada anteriormente? SÍ NO
 ¿Cuál? Fecha

Mujeres

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de las mamas o del aparato reproductor? SÍ NO
 ¿Cuál? Fecha

Hombres

- ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad de la próstata (Elevación del PSA, cáncer de próstata, o cualquier otra)? SÍ NO
 ¿Cuál? Fecha

Yo,, en caso de producirse alguna de las coberturas contratadas, relevo del secreto profesional a los médicos, personal auxiliar y establecimientos sanitarios que me hayan asistido, cualquiera que sea la fecha, y autorizo a los facultativos de la MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL FONDO DE ASISTENCIA MUTUA DEL COLEGIO DE INGENIEROS DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS para que puedan obtener de los mismos cuantos datos consideren oportunos para la comprobación de la veracidad de mi declaración de salud.

La MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL FONDO DE ASISTENCIA MUTUA DEL COLEGIO DE INGENIEROS DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS, con domicilio en Madrid, C/ Almagro, 42 le informa que sus datos personales serán incorporados a un fichero automatizado del que la entidad es titular y que los mismos podrán ser objeto de cesión a terceros únicamente con la finalidad de gestionar la actividad aseguradora.

Asimismo y de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted podrá dirigirse a la MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL FONDO DE ASISTENCIA MUTUA DEL COLEGIO DE INGENIEROS DE CAMINOS, CANALES Y PUERTOS a fin de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación, de conformidad con lo dispuesto en la referida Ley Orgánica.

En..... ade..... de

LEIDO Y CONFORME
 EL SOLICITANTE