

DECLARACIÓN DE SALUD

Datos del asegurado

Apellidos Nombre
Profesión Fecha de nacimiento NIF
Domicilio Municipio CP
Provincia Teléfono Móvil Email

El que suscribe, solicita acogerse a los beneficios del seguro de la Entidad arriba citada, con sujeción a las condiciones de la póliza arriba mencionada. Asimismo, declara ser exactas y sinceras las contestaciones que a continuación se expresan y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes o dolencia alguna.

En a de de

EL ASEGURADO.

Cuestionario que debe cumplimentar el asegurado

1. Peso (Kg.) Talla
2. ¿Es o ha sido fumador? Especifique cantidad al día
3. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad que le haya obligado a consultar con un especialista?
4. ¿Tiene usted alguna alteración física o funcional o algún tipo de invalidez? (Incluye miopía superior a 8 dioptrías)
5. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente u hospitalizado?
6. ¿Va a ser intervenido quirúrgicamente u hospitalizado en los próximos meses?
7. ¿Sigue tratamiento médico por algún motivo? (hipertensión, diabetes, aumento del colesterol, artrosis, depresión, stress o cualquier otra patología crónica)
8. ¿Le han hecho alguna vez la prueba para la detección del VIH? ¿Cuál fue el resultado?
9. ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas? Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
10. ¿Consume o ha consumido estupefacientes? Especifique tipo de producto

OBSERVACIONES

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos le informamos que el responsable de sus datos personales es MUTUA NACIONAL DE INGENIEROS TÉCNICOS DE PREVISIÓN SOCIAL, y los utilizará para evaluar el riesgo existente y proceder, en su caso, a la prestación de los servicios solicitados por usted. Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo por obligaciones legales. Puede ejercer sus derechos en la dirección munitec@munitec.es Puede consultar información adicional sobre Protección de Datos en munitec@munitec.es