

**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	
		En caso negativo, amplíe información:	
¿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 qué motivo?	¿Desde qué fecha? ___/___/___
¿Está en trámite de solicitar algún tipo de incapacidad?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Por qué motivo?	¿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?			
		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

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.	<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



**PREMAAT**

SEGUROS Y AHORRO

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?  Sí  No ¿Por qué motivo?

¿Tiene antecedentes de familiares próximos fallecidos o afectados por procesos cerebro-cardio vasculares, hipertensión, nefropatías, diabetes o cáncer?  Sí  No

En caso afirmativo, indique parentesco Y especifique el proceso

**Información básica sobre Protección de Datos:**

En cumplimiento de la normativa en materia de protección de datos, le informamos:

<b>Responsable</b>	Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS (PREMAAT). CIF.: G 28618536
<b>Datos de contacto</b>	e-mail: <a href="mailto:dpo@premaat.es">dpo@premaat.es</a>
<b>Finalidades</b>	Gestión de su/s contrato/s de Seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos propios. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos de terceros. Gestión de envío de información y, boletines de noticias de la Mutualidad.
<b>Legitimación</b>	El consentimiento prestado por el titular a la ejecución de su/s contrato/s o, en su caso de la relación precontractual. El interés legítimo de PREMAAT en el envío de comunicaciones comerciales sobre productos propios. El consentimiento del interesado para el envío de comunicaciones comerciales sobre productos de terceros
<b>Destinatarios</b>	Las entidades reaseguradoras. Las entidades o personas colaboradoras encargados del tratamiento. Colegios Oficiales de Arquitectos Técnicos. Administraciones y Entidades en los casos previstos por la Ley.
<b>Derechos</b>	Acceder, rectificar, suprimir, solicitar su portabilidad o limitar y oponerse al tratamiento de los datos.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <a href="http://www.premaat.es">http://www.premaat.es</a>

Adicionalmente, solicitamos su consentimiento para que sus datos puedan ser utilizados con las siguientes finalidades (marque sí o no):

- Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de terceros, relacionados con la Arquitectura Técnica, Seguros, Salud y Bienestar y Ocio y Cultura, de acuerdo con sus intereses.

Si  No

Salvo que indique lo contrario marcando esta casilla  , sus datos serán utilizados también para remitirle la citada información por medios electrónicos, pudiendo revocar el consentimiento en cualquier momento en la dirección de correo electrónico [arco@premaat.es](mailto:arco@premaat.es)

Fecha y sello de entrada del mediador

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