

MUTUALIDAD DEL CLERO ESPAÑOL

Nombre y Apellidos: Profesión:

1 - ¿Tiene usted o ha tenido alguna patología, lesión, proceso o tratamiento relacionado con enfermedades coronarias, oncológicas, neurológicas, endocrinológicas, metabólicas, alteraciones congénitas y/o ha sido intervenido*?: Sí No

(* Si ha sido operado alguna vez

Año	Tipo Operación	Secuelas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 - ¿Tiene usted o ha tenido en los diez últimos años alguna otra enfermedad, accidente, patología, lesión, trastorno o defecto físico?(*): Sí No

(* NO es preciso contestar afirmativamente en el caso de las patologías que se detallan a continuación, salvo que se trate de procesos crónicos o de episodios reiterados: Conjuntivitis, otitis, rinitis, gripe, resfriado común, catarros, varicela, sarampión, gastroenteritis aguda, cistitis aguda, quistes sebáceos, forúnculos.

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 1 y/o 2, describa aquí los procesos y/o patologías que presente o haya padecido incluyendo también la fecha de inicio, los tratamientos recibidos, posibles secuelas, situación actual y otros aspectos de interés:

3 - ¿Ha estado, está actualmente o tiene previsto iniciar cualquier tipo de asistencia médica o tratamiento (médico, quirúrgico, farmacológico, dietético, de rehabilitación, etc.), con o sin ingreso hospitalario? (*): Sí No

(* NO es preciso contestar afirmativamente en caso de referirse a alguna de las intervenciones señaladas a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones de las mismas: Amigdalectomía, adenoidectomía, apendicectomía, extracción dentaria, parto normal o cesárea, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, intervenciones por quistes sebáceos o epidermoides.

En caso afirmativo, describa aquí los tratamientos de cualquier tipo realizados o que esté recibiendo o tenga previsto realizar, especificando, además, fecha y motivo de los mismos.

4 - ¿Tiene usted o ha tenido algún síntoma de forma persistente, periódica o reiterada (ej.: cefaleas, dolores de cabeza, convulsiones, dolores de espalda, sensación de falta de aire, diarreas, dolores abdominales, adormecimiento de alguna zona corporal, etc.)?: Sí No

Describa a continuación los episodios o síntomas declarados (especificando también la frecuencia de los mismos), la causa de los mismos o si se le ha informado de algún posible diagnóstico, los estudios que se le hayan realizado por estos síntomas y los tratamientos realizados por causa de los mismo :

5 - Otros datos de interés:

¿Fuma más de 20 cigarrillos al día? Sí No
 ¿Consume diariamente, o más de 3 días por semana, 3 ó más copas de bebidas alcohólicas? Sí No

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas? Sí No
 ¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular? Sí No

- Su talla (cm) - Su peso (Kg)

La aseguradora elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación y no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la aseguradora a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de la Entidad. De acuerdo con el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose la aseguradora la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En _____, a _____ de _____ de 20...

Fdo.D.

D.N.I.:

En nombre propio

Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador del Seguro y/o el asegurado, con su firma autoriza expresamente la comunicación de sus datos personales, incluso los de salud a la aseguradora, para su tratamiento, al ser necesario para el inicio y desarrollo de la relación contractual