

**CUESTIONARIO RESERVADO
(DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE)**

¿Tiene Vd. ya un seguro de vida? En caso afirmativo, ¿en qué Compañía? ¿Cuál es el capital asegurado?	
¿Ha presentado Vd. a Compañías de Seguros sobre la Vida, solicitudes que hayan sido aplazadas, rechazadas o aceptadas en condiciones especiales?	
¿Ha sufrido Vd. enfermedades graves? En caso afirmativo: ¿Cuáles? Indicar para cada una de ellas, la época y la duración. ¿Consecuencias actuales?	
¿Ha sufrido Vd. operaciones quirúrgicas? En caso afirmativo: ¿Cuáles? ¿En qué fecha? ¿Cuáles fueron sus secuelas?	
¿Ha consultado Vd. con un médico durante los cinco últimos años? En caso afirmativo: ¿con motivo de qué enfermedades?	
¿Ha sufrido Vd. un examen médico para su admisión en la Empresa a que Vd. pertenece? ¿Cuándo?	
¿Ha fallecido su padre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Ha fallecido su madre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Ha fallecido algún hijo suyo? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Cuál es su peso (kg)?	
¿Cuál es su altura (cm)?	
¿Se encuentra Vd. en estado de invalidez total o parcial? En caso afirmativo, sírvase indicar la clase de invalidez.	

El abajo firmante, autoriza que los datos recabados en este formulario sean incluidos en un fichero de datos de carácter personal para el desarrollo y cumplimentación del seguro contratado. Asimismo, autoriza expresamente la comunicación de sus datos a profesionales sanitarios para el diagnóstico médico y la incorporación de sus conclusiones en el mencionado fichero. ASOCIACIÓN MUTUALISTA DE LA INGENIERÍA CIVIL, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, con domicilio en calle Príncipe de Vergara, 11, Madrid, como responsable del fichero, garantiza el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos facilitados. El solicitante declara que los datos anteriores son verdaderos, y que no se ha incidido en inexactitudes o retencencias.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA SOLICITANTE