



**DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD (obligatoria cumplimentación)**

- 1. ¿Practicar deportes o actividades manifiestamente peligrosas? Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No  
Cuáles: .....
- 2. ¿Fumas o bebes alcohol habitualmente? Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No  
Cig./día: ..... Vasos/día: .....
- 3. ¿Tomas otros estupefacientes no prescritos médicamente? Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No  
Cuáles: .....
- 4. ¿Padeces actualmente trastornos en tu estado de salud, te encuentras afectado por alguna dolencia, o estás incapacitado, total o parcialmente para el trabajo o presentas algún defecto físico? ¿Tomas actualmente algún medicamento de forma habitual o sigues algún tratamiento? ¿Durante los últimos 24 meses has consultado algún médico o dejado de trabajar más de 15 días por enfermedad o accidente?  
  
Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No
- 5. ¿Has tenido que consultar alguna vez a un médico, has sido operado o estás pendiente de serlo por: trastornos cardíacos o circulatorios, colesterol, presión arterial, tuberculosis, asma, cáncer, tumores, albúmia, azúcar o sangre en orina, diabetes, S.I.D.A, V.I.H., vesícula biliar, riñones, hígado, afección en la columna vertebral, epilepsia, trastornos nerviosos, mentales o enfermedad grave o larga duración?  
  
Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No
- 6. ¿Alguno de tus familiares consanguíneos han padecido o padecen alguna enfermedad cardíaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión, o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años?  
  
Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No
- 7. ¿Tienes previsto algún ingreso hospitalario médico o quirúrgico en el próximo año?  
  
Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No
- 8. ¿Has padecido alguna vez, los siguientes síntomas o procesos?: Dolores de espalda, articulares, vértigos, fisura, fístula anal, alteraciones de próstata, cólicos, tendinitis, artrosis y otros reumatismos, hepatitis, hernias, defectos visuales o auditivos?  
  
Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No
- 9. ¿Dispones de otro seguro de asistencia sanitaria? Titular :  Sí  No Asegurados:  Sí  No  
¿Cuál?..... Año de contratación:.....  
Si dispones de otro seguro de asistencia sanitaria, adjunta copia de la póliza y del último recibo.

En caso de haber contestado afirmativamente a alguna de las preguntas, especifica aquí:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En caso de haber declarado alguna patología, trastorno y/o intervención quirúrgica, remite informes médicos o descripción detallada, indicando inicio, tratamiento, estado actual, secuelas y limitaciones para concreta valoración. La no aportación de los mismos puede demorar la tramitación e incluso producir la devolución de la solicitud de inscripción. En caso de precisarse reconocimiento médico recibirás las instrucciones pertinentes una vez haya sido evaluada tu solicitud.

**Los datos que se recogen en esta declaración son necesarios para valorar y delimitar el riesgo. El solicitante declara que todo cuanto anteriormente figura es verídico, no habiendo ocultado nada que pueda desvirtuar la apreciación del riesgo.**  
En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, la Mutualidad General de la Abogacía te informa de que los datos personales que aportas, junto a los obtenidos durante la vigencia del contrato en tu condición de mutualista, serán incluidos en sus ficheros de datos de carácter personal para la gestión de los productos o servicios contratados. Salvo que indiques lo contrario marcando esta casilla , tus datos serán utilizados también para enviarte información, incluso por medios electrónicos, sobre los productos y servicios de la Mutualidad, referencia de los Convenios de Colaboración que suscriba y para impulsar ofertas en el ámbito del Club del Mutualista. En cualquier momento puedes oponerte a dicho uso en la dirección de e-mail [buzon@mutualidadabogacia.com](mailto:buzon@mutualidadabogacia.com) o en el teléfono de atención al mutualista 902 255 050. Igualmente, puedes ejercer tus derechos de acceso, rectificación y cancelación y oposición dirigiéndote por escrito a la Mutualidad, C/ Serrano, 9, 3º, 28001 Madrid. Salvo que marques esta casilla , autorizas a la Mutualidad para que tus datos puedan ser comunicados a terceras entidades de los sectores de gran consumo, telecomunicaciones, financiero y seguros, ocio, formación, automoción, energía y suministros y ONG que hayan alcanzado acuerdos de colaboración con nosotros para ofrecer a nuestros miembros sus productos o servicios en condiciones especialmente ventajosas. En caso de que nos proporciones datos de terceros, es tu responsabilidad haberles informado de todo lo previsto en esta cláusula y haber obtenido su consentimiento.

En..... a ..... de ..... de..... **EL TOMADOR/ASEGURADO**

**ES NECESARIO CUMPLIMENTAR FECHA Y FIRMA**

**Enviar por fax 91 431 99 15 o por correo ordinario a: C/ Serrano 9 - 3ª planta. 28001 Madrid**