



**Datos personales:**

Nº de Socio, .....Nombre y apellidos, ..... DNI. ....

**Cuestionario de salud:**

¿Es usted fumador?: SI  NO  Cantidad diaria: .....

¿Tiene problemas de tensión? SI  NO  Tensión arterial: ...../.....

Talla: .....cm Peso: ..... Kg.

¿Toma bebidas alcohólicas? SI  NO  Cantidad diaria: .....

¿Toma ansiolíticos, estupefacientes o algún otro tipo de medicación con o sin prescripción médica? SI  NO

¿Cuál? .....

¿Ha estado de baja laboral más de 15 días consecutivos?: SI  NO  ¿cuándo y por qué? .....

.....

¿Practica algún deporte?: SI  NO  De qué tipo y con qué frecuencia: .....

¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida? SI  NO  ¿Cuál? .....

Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales: SI  NO  ¿Cuál? .....

Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio: SI  NO  ¿Cuál? .....

Enfermedades respiratorias: SI  NO  ¿Cuál? .....

Procesos infecciosos parasitarios, enfermedades de transmisión sexual, infecciones VIH o relacionadas: SI  NO

¿Cuál?.....

Afecciones de espalda y/o en la columna vertebral: SI  NO  ¿Cuál? .....

Procesos endocrinos, nutricionales y metabólicos: SI  NO  ¿Cuál? .....

Alteraciones del sistema nervioso: SI  NO  ¿Cuál? .....

Alteraciones de la sangre y el sistema linfático: SI  NO  ¿Cuál? .....

Alteraciones psíquicas: SI  NO  ¿Cuál? .....

Enfermedades genitourinarias: SI  NO  ¿Cuál? .....

Enfermedades de la piel : SI  NO  ¿Cuál?: .....

Enfermedades de la nariz, boca, oído y/o laringe; SI  NO  ¿Cuál?: .....

Enfermedades oculares. SI  NO  Motivo y graduación: .....

Alguna afección todavía no nombrada: SI  NO  ¿Cuál?: .....

¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica? SI  NO  ¿Cuál?: .....

En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico?: SI  NO  ¿Cuál?: .....

¿Enfermedades reumáticas? SI  NO  ¿Cuál?: .....

¿Ha realizado rehabilitación o fisioterapia? SI  NO  ¿Cuál?: .....

¿Ha sufrido algún accidente?: SI  NO  De que naturaleza y fecha: .....

¿Sufrió lesiones? SI  NO  Indíquenos cual/es: .....

¿Le ha dejado secuelas?: SI  NO  Indíquenos cual/es: .....

¿Se encuentra actualmente de baja laboral o bajo control, valoración o tratamiento médico y/o en espera de la realización u obtención de resultados de pruebas de diagnóstico complementarias? SI  NO

¿ Tiene reconocida, o se encuentra actualmente a la espera de valoración u obtención de resultados de algún tipo de minusvalía, invalidez o incapacidad? SI  NO  ¿Cuál? .....

DECLARO: Que todas las respuestas anteriores son exactas, completas y verdaderas quedando enterado de que toda inexactitud, omisión o falta de veracidad tendrá como consecuencia la nulidad de la póliza y la pérdida de todos los derechos otorgados por ésta, siempre que las mismas influyan en la estimación del riesgo de conformidad de artículo 10 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro. Por la presente declaración eximo a la Entidad de todo gasto consecuente de toda enfermedad o intervención anterior a la fecha de ingreso. Asimismo, autorizo a cualquier médico, hospital u otra institución o persona que haya asistido o reconocido en sus dolencias a revelar a la Compañía la información que esta considere necesario.

Madrid, a ..... de ..... de 2.0.....

Firma del declarante

La siguiente cláusula legal debe incluirse en las solicitudes de incorporación/colegiación para garantizar la legalidad de la recogida y tratamiento de datos realizados por UECA: "De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, usted queda informado y presta su consentimiento para que sus datos personales, incluidos los relativos a su salud, sean incorporados a un fichero titularidad de UNIÓN ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES (en adelante, UECA) con el fin de mantener y cumplir la relación contractual con el socio, prestar los servicios pactados y gestionar cobros y pagos. La información por usted facilitada podrá ser cedida a bancos y cajas de ahorro, para el cobro de nuestros servicios, si ese fuera el medio de pago solicitado por usted y a las Administraciones Públicas en los casos previstos por la Ley. Salvo que se marque la siguiente casilla , usted nos autoriza a remitirle comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, de los servicios y productos ofrecidos por esta empresa así como de terceras empresas con las que UECA disponga de un acuerdo de colaboración para ofrecerle sus servicios en unas condiciones ventajosas por su condición de miembro de la UECA. Las empresas con las que UECA mantiene acuerdos de colaboración puede visualizarlas en el siguiente link [www.ueca.es](http://www.ueca.es)  
En el caso de que nos proporcione datos de terceras personas es su responsabilidad haber obtenido previamente su consentimiento para ello e informarles de todo lo establecido en esta cláusula. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose por escrito a c/ Hortaleza, 65, 28004-Madrid.