Cuestionario de salud

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

IMPRESCINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

Adeslas

Nº de solicitud: | | | | | | | | |

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (en caso de tratarse de una persona menor de edad o incapacitada, este cuestionario deberá ser cumplimentado por el representante legal)

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

Edad: _____ Sexo: _____ Relación con el tomador: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

1. Peso en kg: | | | Estatura en cm: | | | Profesión: _____

2. Si fumas, o has sido FUMADOR, indica el número de cigarrillos que fumas al día: | | y durante cuántos años: | |

3. ¿Padeces o has padecido alguna ENFERMEDAD?

Del CORAZÓN o VASCULAR (ejemplos: hipertensión, infarto, angina, arritmia, soplos, defectos valvulares).	Sí ☐	No ☐
METABÓLICA o ENDOCRINA (ejemplos: diabetes, colesterol o triglicéridos elevados, trastornos de la tiroides).	Sí ☐	No ☐
Del SISTEMA NERVIOSO (ejemplos: epilepsia, embolia, párkinson, esclerosis múltiple).	Sí ☐	No ☐
Del APARATO DIGESTIVO o del HÍGADO (ejemplos: hepatitis –excepto A–, cirrosis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).	Sí ☐	No ☐
RESPIRATORIA (ejemplos: asma, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño).	Sí ☐	No ☐
PSIQUIÁTRICA (ejemplos: depresión, angustia, trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia).	Sí ☐	No ☐
INFECCIOSA.	Sí ☐	No ☐
Del RIÑÓN o UROLÓGICA (ejemplos: insuficiencia renal, próstata).	Sí ☐	No ☐
GINECOLÓGICA (ejemplos: de mama, de útero, de ovarios).	Sí ☐	No ☐
De la VISTA o el OÍDO (ejemplos: más de 8 dioptrías de miopía, ceguera, desprendimiento de retina, sordera).	Sí ☐	No ☐
TUMORAL o CANCEROSA.	Sí ☐	No ☐
REUMATOLÓGICA o de COLUMNA VERTEBRAL (ejemplos: artritis, artrosis, lupus, fibromialgia, hernia discal).	Sí ☐	No ☐
OTRAS.	Sí ☐	No ☐

En caso AFIRMATIVO, indica:

Enfermedad:	Fecha de diagnóstico:	Tratamiento:	Secuelas:

4. ¿Consumes algún MEDICAMENTO prescrito por tu médico? (ejemplos: para la diabetes, antidepresivos, ansiolíticos, antihipertensivos, diuréticos, antiinflamatorios). En caso afirmativo, ¿cuáles?, ¿desde cuándo?, ¿por qué? Sí ☐ No ☐

5. ¿Has sufrido algún accidente o estás de BAJA LABORAL o lo has estado durante más de 3 semanas en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indica por qué, cuándo y durante cuánto tiempo y si tienes secuelas. Sí ☐ No ☐

6. ¿Has sido HOSPITALIZADO o INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, o te has efectuado algún ESTUDIO o TRATAMIENTO concreto, o tienes previsto realizártelo próximamente? (excepto anginas, vegetaciones, hernias inguinales, apendicitis, cirugía estética, partos o cesáreas). En caso afirmativo, ¿de qué?, ¿cuándo?, ¿tienes secuelas? Sí ☐ No ☐

7. ¿Tienes solicitada o reconocida alguna DISCAPACIDAD o algún tipo de INVALIDEZ por enfermedad o accidente? En caso afirmativo, indica el grado de discapacidad, el tipo de invalidez y su causa médica. Sí ☐ No ☐

8. ¿Consumes o has consumido más de 5 unidades de ALCOHOL al día? (1 unidad = 1 vaso de vino, cerveza o licor). En caso afirmativo, indica el tipo de bebida alcohólica consumida y el número de unidades de alcohol por día. Sí ☐ No ☐

9. Consumes o has consumido ESTUPEFACIENTES o DROGAS (ejemplos: cocaína, heroína, marihuana, alucinógenos u otros)? En caso afirmativo, indica el tipo, cuándo, durante cuánto tiempo, la frecuencia y la última vez. Sí ☐ No ☐

Fecha: | | / | | / | | | | Nº de solicitud: | | | | | | | | | |

Delegación: _____ Aceptado: ☐ Rechazado: ☐

Fecha y firma del asegurado o el representante legal:

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, y autoriza expresamente a SegurCaixa Adeslas para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la póliza. Asimismo, autoriza a la compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los facultativos intervinientes. SegurCaixa Adeslas podrá resolver la póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por parte de la aseguradora de datos de la salud del asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, SegurCaixa Adeslas quedaría, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, como responsable del tratamiento, tratará los datos personales facilitados para llevar a cabo la valoración del riesgo de conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la valoración del riesgo. Puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre cómo ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

COPIA PARA LA COMPAÑÍA • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

S.AS.F.01/13 Edit

Cuestionario de salud

Nº de solicitud: | | | | | | | | |

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

IMPRESCINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

Adeslas

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (en caso de tratarse de una persona menor de edad o incapacitada, este cuestionario deberá ser cumplimentado por el representante legal)

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

Edad: _____ Sexo: _____ Relación con el tomador: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: | | | | | | | | |

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

1. Peso en kg: | | | Estatura en cm: | | | Profesión: _____

2. Si fumas, o has sido FUMADOR, indica el número de cigarrillos que fumas al día: | | y durante cuántos años: | |

3. ¿Padeces o has padecido alguna ENFERMEDAD?

Del CORAZÓN o VASCULAR (ejemplos: hipertensión, infarto, angina, arritmia, soplos, defectos valvulares).	Sí ☐	No ☐
METABÓLICA o ENDOCRINA (ejemplos: diabetes, colesterol o triglicéridos elevados, trastornos de la tiroides).	Sí ☐	No ☐
Del SISTEMA NERVIOSO (ejemplos: epilepsia, embolia, párkinson, esclerosis múltiple).	Sí ☐	No ☐
Del APARATO DIGESTIVO o del HÍGADO (ejemplos: hepatitis –excepto A–, cirrosis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).	Sí ☐	No ☐
RESPIRATORIA (ejemplos: asma, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño).	Sí ☐	No ☐
PSIQUIÁTRICA (ejemplos: depresión, angustia, trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia).	Sí ☐	No ☐
INFECCIOSA.	Sí ☐	No ☐
Del RIÑÓN o UROLÓGICA (ejemplos: insuficiencia renal, próstata).	Sí ☐	No ☐
GINECOLÓGICA (ejemplos: de mama, de útero, de ovarios).	Sí ☐	No ☐
De la VISTA o el OÍDO (ejemplos: más de 8 dioptrías de miopía, ceguera, desprendimiento de retina, sordera).	Sí ☐	No ☐
TUMORAL o CANCEROSA.	Sí ☐	No ☐
REUMATOLÓGICA o de COLUMNA VERTEBRAL (ejemplos: artritis, artrosis, lupus, fibromialgia, hernia discal).	Sí ☐	No ☐
OTRAS.	Sí ☐	No ☐

En caso AFIRMATIVO, indica:

Enfermedad:	Fecha de diagnóstico:	Tratamiento:	Secuelas:

4. ¿Consumes algún MEDICAMENTO prescrito por tu médico? (ejemplos: para la diabetes, antidepresivos, ansiolíticos, antihipertensivos, diuréticos, antiinflamatorios). En caso afirmativo, ¿cuáles?, ¿desde cuándo?, ¿por qué? Sí ☐ No ☐

5. ¿Has sufrido algún accidente o estás de BAJA LABORAL o lo has estado durante más de 3 semanas en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indica por qué, cuándo y durante cuánto tiempo y si tienes secuelas. Sí ☐ No ☐

6. ¿Has sido HOSPITALIZADO o INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, o te has efectuado algún ESTUDIO o TRATAMIENTO concreto, o tienes previsto realizártelo próximamente? (excepto anginas, vegetaciones, hernias inguinales, apendicitis, cirugía estética, partos o cesáreas). En caso afirmativo, ¿de qué?, ¿cuándo?, ¿tienes secuelas? Sí ☐ No ☐

7. ¿Tienes solicitada o reconocida alguna DISCAPACIDAD o algún tipo de INVALIDEZ por enfermedad o accidente? En caso afirmativo, indica el grado de discapacidad, el tipo de invalidez y su causa médica. Sí ☐ No ☐

8. ¿Consumes o has consumido más de 5 unidades de ALCOHOL al día? (1 unidad = 1 vaso de vino, cerveza o licor). En caso afirmativo, indica el tipo de bebida alcohólica consumida y el número de unidades de alcohol por día. Sí ☐ No ☐

9. Consumes o has consumido ESTUPEFACIENTES o DROGAS (ejemplos: cocaína, heroína, marihuana, alucinógenos u otros)? En caso afirmativo, indica el tipo, cuándo, durante cuánto tiempo, la frecuencia y la última vez. Sí ☐ No ☐

Fecha: | | / | | / | | | | Nº de solicitud: | | | | | | | | | |

Delegación: _____ Aceptado: ☐ Rechazado: ☐

Fecha y firma del asegurado o el representante legal:

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, y autoriza expresamente a SegurCaixa Adeslas para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la póliza. Asimismo, autoriza a la compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los facultativos intervinientes. SegurCaixa Adeslas podrá resolver la póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por parte de la aseguradora de datos de la salud del asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden. Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, SegurCaixa Adeslas quedaría, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, como responsable del tratamiento, tratará los datos personales facilitados para llevar a cabo la valoración del riesgo de conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la valoración del riesgo. Puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre cómo ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

COPIA PARA EL CLIENTE • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

S.AS.F.01/13 Edit