

Cuestionario de Salud

NO ESCRIBA
EN LOS
CASILLEROS
SOMBREADOS

S.A.S.F02/02

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos _____ Sexo _____ Peso _____ Estatura _____ Relación con el solicitante _____ Nombre _____ NIF _____

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (En caso de tratarse de un incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal)

Apellidos _____ Sexo _____ Peso _____ Estatura _____ Relación con el solicitante _____ Nombre _____ NIF _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos _____ Sexo _____ Peso _____ Estatura _____ Relación con el solicitante _____ Nombre _____ NIF _____

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años?
En caso afirmativo ¿concretamente alguna de estas?
- Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros)
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra)
Especifique cuál Sí No
 - Problemas vasculares (trombosis, embolia)
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra)
Especifique cuál Sí No
 - Diabetes
Especifique cuál: Tipo 1 Tipo 2 / /
 Sí No
 - Enfermedad del tiroides o sistema endocrino
Especifique cuál Sí No
 - Hipertensión arterial. Indique las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (*) / /
 Sí No
 - Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl). No es necesario especificar valor.
 Sí No
 - EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de su última espirometría, consigne el dato FEV1(**)
 Sí No
 - Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño)
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra)
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina)
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra)
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad tumoral o cancerosa
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra)
Especifique cuál Sí No
 - Enfermedad infecciosa (portador VIH, SIDA, tuberculosis, otra)
Especifique cuál Sí No
 - Otras enfermedades
Especifique cuál Sí No

2. ¿Consume o ha consumido más de 5 unidades de alcohol al día (1 unidad = vaso de cerveza / vino / licor / otros)?
Especifique cantidad al día y tipo de bebidas Sí No
3. ¿Es o ha sido fumador?
Indique el número de cigarrillos al día y durante cuantos años Sí No
4. ¿Consume o ha consumido estupefacientes o drogas?
Especifique cuál, cuánto tiempo y fecha de la última vez Sí No
5. ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo algún tipo de tratamiento?
Especifique cuál y motivo Sí No
6. ¿Ha sido hospitalizado, operado o sometido a estudio/tratamiento, o le consta que vaya a hacerlo próximamente?. Especifique motivo, fecha de atención y si existen secuelas Sí No
7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?
Especifique fecha, tratamiento y si existen secuelas Sí No
8. ¿Tiene reconocida o solicitada discapacidad o invalidez?
Especifique grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica Sí No
9. ¿Ha estado de baja laboral durante más de 3 semanas en los últimos 5 años
Especifique motivo, duración y si existen secuelas Sí No

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando 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 Poliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes. SegurCaixa Adeslas podrá resolver la Poliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho podrá fundarse en el consentimiento por el Assegurador de todos de la salud del Assegurado que sean ajenos a las preguntas formuladas en el cuestionario. SegurCaixa Adeslas queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo. (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

Fecha _____

Firma _____

OBSERVACIONES

Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Número de Solicitud

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 salud y de vida de los asegurados, de los beneficiarios y de quienes se aseguran con ellos, para la gestión de los seguros, para la gestión de siniestros, para la gestión de datos de SegurCaixa Adeslas, especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/seguros/proteccion-de-datos

