Cuestionario de salud

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

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

Adeslas

Nombre del colectivo: _____

Nº de solicitud: _____ Nº de póliza: _____ ___

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

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Relación con el titular: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: _____ Nombre: _____ NIF: _____

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

1. Peso en kg: ___ Estatura en cm: ___

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, 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 póliza. 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 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.

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

S.AS.F.03/01 Edit