

# Solicitud Allianz Salud Individual

**Cuestionario** Sucursal: \_\_\_\_\_ Mediador: 0755016 Colaborador: \_\_\_\_\_ N° Póliza: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Reemplaza a: \_\_\_\_\_

## Datos Generales:

### Candidato a Tomador del Seguro:

Apellidos o Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
N.I.F.: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Cuenta Cliente:

Banco \_\_\_\_\_

Código Cuenta IBAN \_\_\_\_\_

País IBAN Banco Oficina D.C. Número de cuenta

## Valoración del riesgo:

### Datos del candidato a asegurar (si es distinto del Tomador):

Apellidos o Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
N.I.F.: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

En grupos familiares: parentesco con el asegurado principal: \_\_\_\_\_

¿Tiene contratado en la actualidad otro seguro de asistencia sanitaria?:  No  Sí

(aportar originales de póliza, suplementos y último recibo de prima para suprimir los periodos de carencia –no válido para embarazo, parto–).

Compañía: \_\_\_\_\_ N° Póliza: \_\_\_\_\_

### Modalidades de contratación

Puedes consultar las primas de cada modalidad en la página web de Allianz <https://www.allianz.es/seguro-medico.html>, en el apartado de "Documentos y archivos".

#### Cuadro concertado

30 - CON Asistencia Primaria (dental incluido)  
Copago  Sí  No

46 - SIN Asistencia Primaria (dental incluido)  
Copago  Sí  No

#### Hospitalización (sólo cuadro concertado)

45 - HOSPITALIZACIÓN  
Copago  Sí  No

#### Varios (sólo cuadro concertado)

15 - DENTAL

#### Reembolso

38 - REEMBOLSO BÁSICO  
(Visitas a Especialistas, Pruebas diagnósticas 'Sin Quirófano y/o Hospitalización'), SIN Asistencia Primaria)

39 - REEMBOLSO MEDIO  
(Visitas a Especialistas, Pruebas diagnósticas 'Sin Quirófano y/o Hospitalización'), CON Asistencia Primaria)

29 - REEMBOLSO COMPLETO  
(Reembolso Gastos Completo CON Asistencia Primaria)

**Otras formas de pago:**

- A**  Pago Anual Descuento del 3%     
 **S**  Pago Semestral Descuento del 1,5%     
 **T**  Pago Trimestral Descuento del 0,75%     
 **M**  Pago Mensual

**Declaración de Salud:**

Por favor, responda detenidamente a todas las preguntas, aunque alguna de ellas pueda parecerle irrelevante:

Altura: \_\_\_\_\_ m.      Peso: \_\_\_\_\_ kg.      Edad: \_\_\_\_\_ años.

**¿Padece Vd. o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?**

**1. Alergia**  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**2. Alteraciones o enfermedades del corazón, del aparato circulatorio y/o respiratorio**  Sí  No

Tiene Hipertensión arterial en tratamiento?  Sí  No

Angina de pecho-infarto     Arritmia     Varices     Enfermedades ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**3. Alteraciones o enfermedades del aparato digestivo**  Sí  No

Úlcera Cólica hepático (piedras en la vesícula)     Hepatitis     Cirrosis     Hemorroides     Hernia/Eventración ¿cuál? \_\_\_\_\_

Hernia de Hiato     Hernia Umbilical     Hernia Inguinal     Izq.     Der. \_\_\_\_\_

**4. Alteraciones o enfermedades del riñón o vías urinarias**  Sí  No

Cólico nefrítico (piedras en el riñón)     Insuficiencia renal     Enfermedades de próstata/Hiperplasia Benigna (HPB) \_\_\_\_\_

**5. Tiene o ha tenido alteraciones o enfermedades de los huesos, articulaciones o de la columna vertebral**  Sí  No

Alguna malformación o enfermedad de nacimiento ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Alguna limitación física o invalidez ¿cuál? \_\_\_\_\_

Luxación de Hombro Recidivante     Dolor de espalda     Artrosis     Reuma     Hernia discal     Izq.     Der. ¿cuál? \_\_\_\_\_

Cérvico Dorsal     Lumbosacra     Lesiones de rodilla (Meniscopatías)     Izq.     Der.     Lesiones de rodilla (Ligamentosas) \_\_\_\_\_

Izq.     Der. \_\_\_\_\_

**6. Alteraciones o enfermedades de los ojos**  Sí  No

Cataratas     Glaucoma     Miopía (>8 dioptrías)     Desprendimiento de retina     Izq.     Der. \_\_\_\_\_

**7. Alteraciones o enfermedades del sistema nervioso, mentales o consumo de drogas**  Sí  No

Epilepsia     Embolias o hemorragias cerebrales     Parálisis    Enfermedades mentales:  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Ansiedad/Depresión:  Psicosis     Neurosis     Anorexia-bulimia \_\_\_\_\_

¿Fuma?  Sí  No ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_ ¿Consume algún tipo de drogas?  Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**8. Alteraciones Hormonales o Endocrinas**

Es diabético (tiene azúcar en la sangre)  Sí  No ¿desde cuándo se trata? \_\_\_\_\_

Bocio     Gota     Obesidad \_\_\_\_\_

Enfermedades de tiroides  Sí  No ¿Cuál?  Hipertiroidismo     Hipotiroidismo     Nódulo de tiroides \_\_\_\_\_

**9. ¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad ginecológica, o tumores, bultos o enfermedades de las mamas?**

Mioma     Endometriosis     Quiste de Ovario     Cistocele-Rectocele     Papilovirus Humano (HPV) \_\_\_\_\_

Otras enfermedades ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada?  Sí  No \_\_\_\_\_

**10. ¿Ha sido Vd. hospitalizado en los últimos cinco años?**  Sí  No

Para tratamiento médico.  Sí  No Motivo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿En qué hospital? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Para intervención quirúrgica.  Sí  No Motivo: \_\_\_\_\_

¿En qué hospital? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**11. ¿Ha sido sometido durante el último año a ecografías, pruebas de esfuerzo, TAC, resonancia magnética, endoscopia u otras pruebas?**  Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

12. ¿Ha sido diagnosticado de cáncer o principio o indicio de cáncer?\*  Sí  No

\* Según el Real Decreto-ley 5/2023, de 28 de junio sobre el olvido oncológico, no tiene usted obligación de responder que sí a esta pregunta una vez transcurridos cinco años desde la finalización del tratamiento radical de la patología oncológica sin recaída posterior.

¿Cuál?

Aparato respiratorio  Aparato digestivo  Aparato genitourinario  Aparato locomotor  Sistema endocrino

Garganta-nariz-oido

Otros ¿Cuál?:

13. ¿Tiene Ud. o ha tenido alguna otra enfermedad o afección que no le hayamos preguntado?  Sí  No ¿Cuál?

He recibido la Nota Informativa del producto Allianz Salud de acuerdo al Estudio que se me ha presentado.

Firma de la persona a asegurar

### Directiva de distribución de seguros

**He recibido la Nota Informativa del producto Allianz Salud de acuerdo al Estudio que se me ha presentado**

Con base en la información que con carácter previo a la contratación nos ha proporcionado, hemos determinado que este seguro se ajusta a sus exigencias y necesidades al estar dirigido a personas que desean proteger, por medio de la sanidad privada, la salud del/los asegurados designado/os.

### Información básica sobre protección de datos

<b>Responsable</b>	Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
<b>Categorías de datos que podemos tratar</b>	Datos identificativos, de contacto, relativos a sus características personales o circunstancias sociales y familiares o sociodemográficas, datos económicos y financieros, datos sobre el riesgo asegurado y datos relativos a su salud.
<b>Finalidades</b>	Sus datos serán tratados con las siguientes finalidades (i) atender su solicitud de contacto y ponernos en contacto contigo (ii) realización de valoraciones, selección, comprobación y tarificaciones de riesgo para el cálculo de la prima; (iii) contratación, mantenimiento, desarrollo y control del seguro o plan de pensiones contratado; (iv) prevención del fraude a través de la consulta y cesión de los datos a ficheros de prevención del fraude; (v) prevención de la morosidad y valorar la solvencia patrimonial de nuestros asegurados a través de la consulta de ficheros de solvencia crediticia; (vi) llevar a cabo las comprobaciones correspondientes conforme a lo establecido en la legislación en material de prevención de capitales y financiación del terrorismo; (vii) elaboración de perfiles con fines actuariales y análisis de mercado (viii) mercadotecnia directa a través de la creación de un perfil comercial para determinar cuáles son sus preferencias e intereses; (ix) con fines publicitarios y de prospección comercial a través del envío de comunicaciones comerciales de productos propios y sobre productos y servicios del resto de entidades del Grupo Allianz; (x) realización de los test de exigencias y necesidades así como de idoneidad para la determinación de sus exigencias, necesidades, conocimientos y experiencia antes de la contratación de un producto; (xi) mejorar su experiencia y satisfacción como cliente a través de encuestas o estudios de mercado; (xii) anonimización de sus datos que tratamos; así como (xiii) realización de ejercicios de prevención y análisis de vulnerabilidades.

