

Cuestionario de Salud

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos _____ Nombre _____ NIF _____

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

Apellidos _____ Nombre _____ NIF _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Estatura _____ Relación con el solicitante _____ Número de Orden _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos _____ 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?

1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros)
Especifique cual

2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra)
Especifique cual

3. Problemas vasculares (trombosis, embolia)
Especifique cual

4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra)
Especifique cual

5. Diabetes
Especifique cual: Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino
Especifique cual

7. Hipertensión arterial. Indique las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (*) / /

8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl). No es necesario especificar valor.

9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de su última espirometría, consigne el dato FEV 1(**)

10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño)
Especifique cual

11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra)
Especifique cual

12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina)
Especifique cual

13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra)
Especifique cual

14. Enfermedad tumoral o cancerosa
Especifique cual

15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra)
Especifique cual

16. Enfermedad infecciosa (portador VIH, SIDA, tuberculosis, otra)
Especifique cual

17. Otras enfermedades
Especifique cual

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ 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

3. ¿Es o ha sido fumador?
Indique el número de cigarrillos al día y durante cuantos años

4. ¿Consume o ha consumido estupefacientes o drogas?
Especifique cuál, cuánto tiempo y fecha de la última vez

5. ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo algún tipo de tratamiento?
Especifique cuál y motivo

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

7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?
Especifique fecha, tratamiento y si existen secuelas

8. ¿Tiene reconocida o solicitada discapacidad o invalidez?
Especifique grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica

9. ¿Ha estado de baja laboral durante más de 3 semanas en los últimos 5 años
Especifique motivo, duración y si existen secuelas

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 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 conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros. Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

(*) Indicar en el primer recuadro la penúltima medición y en el segundo la última. (**) Si no encuentra este dato, aporte su último informe médico.
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.

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

Cuestionario de Salud

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos _____ Nombre _____ NIF _____

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

Apellidos _____ Nombre _____ NIF _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Estatura _____ Relación con el solicitante _____ Número de Orden _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos _____ 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?

1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros)
Especifique cual

2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra)
Especifique cual

3. Problemas vasculares (trombosis, embolia)
Especifique cual

4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra)
Especifique cual

5. Diabetes
Especifique cual: Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino
Especifique cual

7. Hipertensión arterial. Indique las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (*) / /

8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl). No es necesario especificar valor.

9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de su última espirometría, consigne el dato FEV 1(**)

10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño)
Especifique cual

11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra)
Especifique cual

12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina)
Especifique cual

13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra)
Especifique cual

14. Enfermedad tumoral o cancerosa
Especifique cual

15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra)
Especifique cual

16. Enfermedad infecciosa (portador VIH, SIDA, tuberculosis, otra)
Especifique cual

17. Otras enfermedades
Especifique cual

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ 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

3. ¿Es o ha sido fumador?
Indique el número de cigarrillos al día y durante cuantos años

4. ¿Consume o ha consumido estupefacientes o drogas?
Especifique cuál, cuánto tiempo y fecha de la última vez

5. ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo algún tipo de tratamiento?
Especifique cuál y motivo

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

7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?
Especifique fecha, tratamiento y si existen secuelas

8. ¿Tiene reconocida o solicitada discapacidad o invalidez?
Especifique grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica

9. ¿Ha estado de baja laboral durante más de 3 semanas en los últimos 5 años
Especifique motivo, duración y si existen secuelas

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 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 conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros. Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

(*) Indicar en el primer recuadro la penúltima medición y en el segundo la última. (**) Si no encuentra este dato, aporte su último informe médico.
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.

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