

Cuestionario de salud

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

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

Adeslas

Nº de solicitud:

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: NIF:

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 tomador:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: Nombre: NIF:

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

<p>1. Peso: <input type="text"/> Estatura: <input type="text"/> Profesión: <input type="text"/></p> <p>2. Si fumas, o has sido fumador, indica el número de CIGARRILLOS que fumas al día: <input type="text"/> y durante cuántos años: <input type="text"/></p> <p>3. ¿Padeces o has padecido alguna ENFERMEDAD en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿concretamente alguna de estas?</p> <p>3.1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.3. Problemas vasculares (trombosis, embolia) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.5. Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál: Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3.6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.7. Hipertensión arterial. En caso afirmativo, indica las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (*) <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>3.8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No es necesario especificar valor</p> <p>3.9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de la última espirometría, consigna el dato FEV 1(**) <input type="text"/></p> <p>3.10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra). Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina). Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra). Especifica cuál <input type="text"/></p>	<p>3.14. Enfermedad tumoral o cancerosa (esta pregunta no incluye, y no estás obligado a declarar, que has padecido cáncer una vez hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.16. Enfermedad infecciosa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>3.17. Otras enfermedades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifica cuál <input type="text"/></p> <p>4. ¿Consumes o has consumido más de 5 unidades de alcohol al día (1 unidad = vaso de cerveza / vino / licor / otros)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifica el tipo de bebida: <input type="text"/> y el número de unidades diarias: <input type="text"/></p> <p>5. ¿Consumes o has consumido estupefacientes o drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifica cuál: <input type="text"/> cuánto tiempo: <input type="text"/> y la fecha de la última vez: <input type="text"/></p> <p>6. ¿Te encuentras en la actualidad bajo control médico o siguiendo algún tipo de tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifica cuál y el motivo: <input type="text"/></p> <p>7. ¿Has sido hospitalizado, operado o sometido a estudio/tratamiento, o te consta que vayas a hacerlo próximamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifica motivo, fecha de atención y si existen secuelas <input type="text"/></p> <p>8. ¿Has sufrido algún traumatismo u accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifica fecha, tratamiento y si existen secuelas: <input type="text"/></p> <p>9. ¿Tienes reconocida o solicitada discapacidad o invalidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indica grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica: <input type="text"/></p> <p>10. ¿Has estado de baja laboral durante más de 3 semanas en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifica motivo, duración y si existen secuelas: <input type="text"/></p>
--	--

(*) Indica en el primer recuadro la penúltima medición y en el segundo, la última. (**) Si no encuentras este dato, aporta tu último informe médico.

Fecha: / / Nº de solicitud:
Delegación Aceptado: Rechazado:

Fecha y firma del asegurado o del 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.

Cuestionario de salud

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

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

Adeslas

Nº de solicitud:

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: NIF:

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 tomador:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos: Nombre: NIF:

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

1. Peso: Estatura: 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 en los últimos 5 años? Sí No

En caso afirmativo, ¿concretamente alguna de estas?

3.1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros) Sí No

Especifica cuál

3.2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra) Sí No

Especifica cuál

3.3. Problemas vasculares (trombosis, embolia) Sí No

Especifica cuál

3.4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra) Sí No

Especifica cuál

3.5. Diabetes Sí No

Especifica cuál: Tipo 1 Tipo 2

3.6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino Sí No

Especifica cuál

3.7. Hipertensión arterial. En caso afirmativo, indica las dos últimas mediciones de tensión arterial

que figuren en un informe (*) / /

3.8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl) Sí No

No es necesario especificar valor

3.9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de la última espirometría, consigna el dato FEV 1(**)

3.10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño) Sí No

Especifica cuál

3.11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra). Especifica cuál

3.12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina). Especifica cuál

3.13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra). Especifica cuál

(*) Indica en el primer recuadro la penúltima medición y en el segundo, la última. (**) Si no encuentras este dato, aporta tu último informe médico.

3.14. Enfermedad tumoral o cancerosa (esta pregunta no incluye, y no estás obligado a declarar, que has padecido cáncer una vez hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior). Sí No

Especifica cuál

3.15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra) Sí No

Especifica cuál

3.16. Enfermedad infecciosa Sí No

Especifica cuál

3.17. Otras enfermedades Sí No

Especifica cuál

4. ¿Consumes o has consumido más de 5 unidades de alcohol al día (1 unidad = vaso de cerveza / vino / licor / otros)? Sí No

En caso afirmativo, especifica el tipo de bebida:

y el número de unidades diarias:

5. ¿Consumes o has consumido estupefacientes o drogas? Sí No

En caso afirmativo, especifica cuál:

cuánto tiempo: y la fecha de la última vez:

6. ¿Te encuentras en la actualidad bajo control médico o siguiendo algún tipo de tratamiento? Sí No

En caso afirmativo, especifica cuál y el motivo:

7. ¿Has sido hospitalizado, operado o sometido a estudio/tratamiento, o te consta que vayas a hacerlo próximamente? Sí No

En caso afirmativo, especifica motivo, fecha de atención y si existen secuelas

8. ¿Has sufrido algún traumatismo u accidente? Sí No

En caso afirmativo, especifica fecha, tratamiento y si existen secuelas:

9. ¿Tienes reconocida o solicitada discapacidad o invalidez? Sí No

En caso afirmativo, indica grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica:

10. ¿Has estado de baja laboral durante más de 3 semanas en los últimos 5 años? Sí No

En caso afirmativo, especifica motivo, duración y si existen secuelas:

Fecha: / / Nº de solicitud:

Delegación Aceptado: Rechazado:

Fecha y firma del asegurado o del 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.