Cuestionario de Salud

Adeslas

NO ESCRIBA EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

COPIA PARA LA DELEGACIÓN • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

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? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo ¿concretamente alguna de estas?

1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
3. Problemas vasculares (trombosis, embolia) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
5. Diabetes Sí ☐ No ☐
   Especifique cual: Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐
6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
7. Hipertensión arterial. Indique las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (*) ___/___ ___/___ Sí ☐ No ☐
8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl). No es necesario especificar valor. Sí ☐ No ☐
9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de su última espirometría, consigne el dato FEV 1(**) ___ Sí ☐ No ☐
10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
14. Enfermedad tumoral o cancerosa Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
16. Enfermedad infecciosa (portador VIH, SIDA, tuberculosis, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
17. Otras enfermedades Sí ☐ No ☐
    Especifique cual

2. ¿Consume o ha consumido más de 5 unidades de alcohol al día (1 unidad = vaso de cerveza / vino / licor / otros)? Sí ☐ No ☐
Especifique cantidad al día y tipo de bebidas

3. ¿Es o ha sido fumador? Sí ☐ No ☐
Indique el número de cigarrillos al día y durante cuantos años

4. ¿Consume o ha consumido estupefacientes o drogas? Sí ☐ No ☐
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? Sí ☐ No ☐
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 Sí ☐ No ☐

7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente? Sí ☐ No ☐
Especifique fecha, tratamiento y si existen secuelas

8. ¿Tiene reconocida o solicitada discapacidad o invalidez? Sí ☐ No ☐
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 Sí ☐ No ☐
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.

Cuestionario de Salud

Adeslas

NO ESCRIBA EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

COPIA PARA EL ASEGURADO • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

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? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo ¿concretamente alguna de estas?

1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
3. Problemas vasculares (trombosis, embolia) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra) Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
5. Diabetes Sí ☐ No ☐
   Especifique cual: Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐
6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino Sí ☐ No ☐
   Especifique cual
7. Hipertensión arterial. Indique las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (*) ___/___ ___/___ Sí ☐ No ☐
8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl). No es necesario especificar valor. Sí ☐ No ☐
9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de su última espirometría, consigne el dato FEV 1(**) ___ Sí ☐ No ☐
10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
14. Enfermedad tumoral o cancerosa Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
16. Enfermedad infecciosa (portador VIH, SIDA, tuberculosis, otra) Sí ☐ No ☐
    Especifique cual
17. Otras enfermedades Sí ☐ No ☐
    Especifique cual

2. ¿Consume o ha consumido más de 5 unidades de alcohol al día (1 unidad = vaso de cerveza / vino / licor / otros)? Sí ☐ No ☐
Especifique cantidad al día y tipo de bebidas

3. ¿Es o ha sido fumador? Sí ☐ No ☐
Indique el número de cigarrillos al día y durante cuantos años

4. ¿Consume o ha consumido estupefacientes o drogas? Sí ☐ No ☐
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? Sí ☐ No ☐
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 Sí ☐ No ☐

7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente? Sí ☐ No ☐
Especifique fecha, tratamiento y si existen secuelas

8. ¿Tiene reconocida o solicitada discapacidad o invalidez? Sí ☐ No ☐
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 Sí ☐ No ☐
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.