

Nombre del Colectivo _____ N° de Colectivo _____

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

Nombre y Apellidos _____ N.I.F.: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Durante los últimos cinco años ¿ha sido atendido alguna vez en un hospital o centro sanitario, o está pendiente de hacerlo para algún diagnóstico o tratamiento, ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o tiene previsto hacerlo? Sí No

No es preciso reflejar algunas intervenciones señaladas a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones de las mismas: Amigdalotomía (operación de anginas), adenoidectomía (vegetaciones), apendicectomía, extracción dentaria, parto, cesárea, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, intervenciones por quistes sebáceos o epidermoides, lipomas.

En caso afirmativo, indique tipo de ingreso o intervención quirúrgica, año en que ha tenido lugar y si le han quedado o no secuelas.

Por favor, indique si tiene o ha tenido alguna enfermedad de las que a continuación se refieren:

No es necesario reflejar enfermedades habituales y de corta duración como catarros, gripes, bronquitis, diarreas, anginas, faringitis, etc.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.- CARDIACA, PULMONAR O DEL APARATO RESPIRATORIO | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2.- METABÓLICAS (del Sistema Endocrino) O DEL APARATO DIGESTIVO | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3.- REUMATOLÓGICAS, ÓSEAS O MUSCULARES | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4.- DEL SISTEMA NERVIOSO, DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5.- HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6.- DEL RIÑÓN O EL APARATO UROGENITAL (incluyendo la próstata, en su caso) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7.- PSIQUIÁTRICAS, ANOREXIA, BULIMIA | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral, cáncer, incluso de la piel, melanoma, linfoma, leucemia etc? Sí No

¿Tiene reconocida alguna minusvalía o incapacidad o está en proceso de valoración? ¿Presenta algún defecto físico? Sí No

En caso afirmativo es necesario indicar el grado y tipo de discapacidad o minusvalía reconocida o en proceso de valoración.

Otros datos de interés:

¿Toma medicamentos? (indicar cuáles) _____ Sí No

- Su peso (Kg) - Altura (cm)

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo. D./Dña. _____ N.I.F.: _____ En nombre propio Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

Resolución (Médico): Aceptada Rechazada Solicitud de Informe: _____
 Aceptada con Exclusiones: _____