

Además de este documento se deberá aportar el cuestionario médico completo que está a continuación por cada asegurado a solicitar el alta en el seguro de Adeslas.

Este documento será firmado únicamente por el tomador de la póliza.

*Los asegurados declaran que a la fecha de firma de esta solicitud no han sido diagnosticados de:*

*Enfermedades Oncológicas: Cáncer en remisión completa hace menos de 10 años.*

*Enfermedades del Sistema Nervioso: Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer, Epilepsia, Paraplejias, Distrofias Musculares, Secuelas graves de traumatismos o infecciones del Sistema Nervioso Central, Esclerosis Lateral Amiotrófica.*

*Enfermedades del Sistema Endocrino: Diabetes Mellitus, Obesidad Mórbida, Enfermedad de Graves, Enfermedad de Cushing, Hiperparatiroidismo.*

*Enfermedades Congénitas: Espina Bífida, Fibrosis quística,*

*Cardiopatías congénitas. Enfermedades del Sistema Circulatorio: Cardiopatía Isquémica, Enfermedades Cerebrovasculares y Enfermedad Vascul ar Hipertensiva, Enfermedades de las válvulas cardíacas, Marcapasos, Arritmias, Aneurisma aórtico, Insuficiencia cardíaca.*

*Enfermedades del Aparato Respiratorio: Fibrosis Pulmonar, EPOC, Apneas del sueño, Hipertensión pulmonar, Insuficiencia Respiratoria.*

*Enfermedades del Aparato Digestivo: Hepatopatías Crónicas, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Pancreatitis crónica.*

*Enfermedades del Aparato Genitourinario: Insuficiencia Renal Crónica.*

*Enfermedades Mentales: Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Psicosis.*

*Enfermedades Reumatológicas y del Tejido Conectivo: Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante, Lupus Sistémico, Dermatomiosistis, Vasculitis, Psoriasis.*

*Enfermedades de la Sangre: Hemofilia, Anemia Falciforme, Linfomas, Leucemias. Enfermedades del Aparato Locomotor: Trastornos degenerativos y traumáticos en grandes articulaciones.*

*Otros: Trasplantes, Virus Hepatitis B o C.*

Fecha Completa: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del tomador: \_\_\_\_\_

DNI del tomador: \_\_\_\_\_

Firma del Tomador:

# Entregar uno por cada asegurado cumplimentado y firmado

## Cuestionario de Salud



NO ESCRIBA  
EN LOS  
CASILLEROS  
SOMBREADOS

### DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

### PERSONA A LA QUE SE REFIERE LA DECLARACIÓN

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Relación con el Declarante \_\_\_\_\_ Número de Orden \_\_\_\_\_

### DATOS DE INTERÉS SANITARIO

Nº	PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
	¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA ...../...../.....	Motivo
			Especifique especialidad y próxima fecha de consulta
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consumo o ha consumido estupefacientes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto

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

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

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SecurCaixa 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. SecurCaixa 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, SecurCaixa 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

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el Contrato de Seguro, el declarante consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos sus datos de salud, sean tratados por SecurCaixa Adeslas, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales, así como a las entidades con las que mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o de colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento del seguro que, en su caso, se pudiere suscribir, así como para atender los siniestros que acontezcan a lo largo de la vigencia de la póliza, autorizando para ello a solicitar de los prestadores sanitarios la información relativa a sus datos de salud y la prestación sanitaria que Ud. hubiere recibido.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, domicilio social en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo primero, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer el Asegurador de los datos necesarios para el conocimiento del siniestro y demás fines establecidos en el contrato de seguro.