Declaración de salud

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

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

Adeslas

S.AS.011/02

Nombre del colectivo: _____

Nº de solicitud: _____ Nº de póliza: _____ ___

Alta: ☐ Baja: ☐ Modificación: ☐ Producto: _____ Nº de certificado: _____

Delegación: ___ Efecto: __ / __ / ____

Clave mediador 1: _____ Clave mediador 2: _____

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: _____ NIF/NIE: _____

DATOS DEL ASEGURADO (en caso de tratarse de un menor de edad o una persona incapacitada, este cuestionario deberá ser cumplimentado por el representante legal)

Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: _____

Domicilio. Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: _____ Población: _____

Fecha de nacimiento: __ / __ / ____ Estado civil: _____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Nº de empleado: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Parentesco: _____

¿Dispones de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Sí: ☐ No: ☐ Nº de póliza: _____

¿Solicitas exención de carencias? Sí: ☐ No: ☐

La persona a asegurar declara, bajo su responsabilidad, que a la fecha de firma de esta declaración de salud no ha sido diagnosticado de:

· **Enfermedades oncológicas:** no estás obligado a declarar que has padecido cáncer una vez hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior · **Enfermedades del sistema nervioso:** esclerosis múltiple, párkinson, alzhéimer, epilepsia, paraplejias, distrofias musculares, secuelas graves de traumatismos o infecciones del sistema nervioso central, esclerosis lateral amitrófica · **Enfermedades del sistema endocrino:** diabetes *mellitus*, obesidad mórbida, enfermedades graves, enfermedad de Cushing, hiperparatiroidismo · **Enfermedades congénitas:** espina bífida, fibrosis quística, cardiopatías congénitas · **Enfermedades del sistema circulatorio:** cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad vascular 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, dermatomiositis, vasculitis, psoriasis · **Enfermedades de la sangre:** hemofilia, anemia falciforme, linfomas, leucemias · **Enfermedades del aparato locomotor:** trastornos degenerativos y traumáticos en grandes articulaciones · **Otras:** trasplantes, virus de la hepatitis B o C.

El declarante 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. Así mismo, en caso de haber tenido alguna enfermedad, autoriza a la compañía 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 realizar la declaración.

Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de la declaración, 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).

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

Fecha: __ / __ / ____

Firma del asegurado: _____

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

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

Nombre del colectivo: _____

Nº de solicitud: _____ Nº de póliza: _____ ___

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 en kg: ___ Estatura en cm: ___ 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?

Del CORAZÓN o VASCULAR (ejemplos: hipertensión, infarto, angina, arritmia, soplos, defectos valvulares).	Sí ☐	No ☐
METABÓLICA o ENDOCRINA (ejemplos: diabetes, colesterol o triglicéridos elevados, trastornos de la tiroides).	Sí ☐	No ☐
Del SISTEMA NERVIOSO (ejemplos: epilepsia, embolia, párkinson, esclerosis múltiple).	Sí ☐	No ☐
Del APARATO DIGESTIVO o del HÍGADO (ejemplos: hepatitis –excepto A–, cirrosis, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa).	Sí ☐	No ☐
RESPIRATORIA (ejemplos: asma, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño).	Sí ☐	No ☐
PSIQUIÁTRICA (ejemplos: depresión, angustia, trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia).	Sí ☐	No ☐
INFECCIOSA.	Sí ☐	No ☐
Del RIÑÓN o UROLÓGICA (ejemplos: insuficiencia renal, próstata).	Sí ☐	No ☐
GINECOLÓGICA (ejemplos: de mama, de útero, de ovarios).	Sí ☐	No ☐
De la VISTA o el OÍDO (ejemplos: más de 8 dioptrías de miopía, ceguera, desprendimiento de retina, sordera).	Sí ☐	No ☐
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 ☐
REUMATOLÓGICA o de COLUMNA VERTEBRAL (ejemplos: artritis, artrosis, lupus, fibromialgia, hernia discal).	Sí ☐	No ☐
OTRAS.	Sí ☐	No ☐

En caso AFIRMATIVO, indica:

Enfermedad:	Fecha de diagnóstico:	Tratamiento:	Secuelas:

4. ¿Consumes algún MEDICAMENTO prescrito por tu médico? (ejemplos: para la diabetes, antidepresivos, ansiolíticos, antihipertensivos, diuréticos, antiinflamatorios). En caso afirmativo, ¿cuáles?, ¿desde cuándo?, ¿por qué? Sí ☐ No ☐

5. ¿Has sufrido algún accidente o estás de BAJA LABORAL o lo has estado durante más de 3 semanas en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indica por qué, cuándo y durante cuánto tiempo y si tienes secuelas. Sí ☐ No ☐

6. ¿Has sido HOSPITALIZADO o INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, o te has efectuado algún ESTUDIO o TRATAMIENTO concreto, o tienes previsto realizártelo próximamente? (excepto anginas, vegetaciones, hernias inguinales, apendicitis, cirugía estética, partos o cesáreas). En caso afirmativo, ¿de qué?, ¿cuándo?, ¿tienes secuelas? Sí ☐ No ☐

7. ¿Tienes solicitada o reconocida alguna DISCAPACIDAD o algún tipo de INVALIDEZ por enfermedad o accidente? En caso afirmativo, indica el grado de discapacidad, el tipo de invalidez y su causa médica. Sí ☐ No ☐

8. ¿Consumes o has consumido más de 5 unidades de ALCOHOL al día? (1 unidad = 1 vaso de vino, cerveza o licor). En caso afirmativo, indica el tipo de bebida alcohólica consumida y el número de unidades de alcohol por día. Sí ☐ No ☐

9. Consumes o has consumido ESTUPEFACIENTES o DROGAS (ejemplos: cocaína, heroína, marihuana, alucinógenos u otros)? En caso afirmativo, indica el tipo, cuándo, durante cuánto tiempo, la frecuencia y la última vez. Sí ☐ No ☐

Fecha: ___ / ___ / ___ Nº de solicitud: _____

Delegación: _____ Aceptado: ☐ Rechazado: ☐

Fecha y firma del asegurado o el 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.

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

S.AS.F.03/02