Cuestionario de Salud

Adeslas

NO ESCRIBA EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos _____ NIF _____

DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (*)

Nombre y Apellidos _____ NIF _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Estatura _____ Relación con el solicitante _____ Número de Orden _____

(*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y Apellidos _____ NIF _____

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

Nº	PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	Si ☐ No ☐	Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución
	¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	Si ☐ No ☐	Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	Si ☐ No ☐	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 ☐ No ☐	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	Si ☐ No ☐	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento?	Si ☐ No ☐	Especifique cuál
	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?	Si ☐ No ☐	Especifique cuál
	b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	Si ☐ No ☐	Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador?	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día
	¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	Si ☐ No ☐	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
	¿Consume o ha consumido estupefacientes?	Si ☐ No ☐	Especifique tipo de producto

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

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

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

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.

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.

S.AS.F.01/09