

CUESTIONARIO DE SALUD

Nº de propuesta de póliza: _____

Datos personales

| | | |
|---------------------|-----------|------|
| Nombre y apellidos: | | |
| Edad: | Nº Hijos: | DNI: |

| Defina su actual estado de salud | |
|----------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Muy bueno |
| <input type="checkbox"/> | Bueno |
| <input type="checkbox"/> | Regular |
| <input type="checkbox"/> | Malo |
| <input type="checkbox"/> | Muy malo |

| Defina sus hábitos | Sí | No |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Fuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Bebe alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Hace deporte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Toma medicación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peso actual / Altura | kg | cm |

Prevención

| | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Visita al dentista con regularidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se hace chequeos médicos anuales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Intervenciones quirúrgicas

| ¿Ha sido operado alguna vez? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Declárelas |
|------------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| Fecha | Operación de | Secuelas | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ingresos médicos

| ¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fecha | Motivo del ingreso | Días de ingreso | |
| | | | |
| | | | |

Declare sus dos últimas visitas al médico

| Fecha | Motivo de la visita | Especialista de |
|-------|---------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

Padece alguno/s de los siguientes procesos o enfermedades

| | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No |
|--------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Varices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades crónicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lumbago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patología de Próstata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Virus VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarto miocardio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vasectomía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Miopía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artrosis cervical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ligadura de Trompas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meniscopatía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patología de la mama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Litiasis (piedras) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de fertilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Describa las afirmaciones positivas que ha declarado

| Intervenciones quirúrgicas pendientes | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica? | Sí | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indique cuál/es | | |
| | | |

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos. Igualmente, el solicitante y el candidato autorizan a cualquier médico que en el ejercicio de su profesión haya adquirido conocimientos o antecedentes de su estado de salud, a informar de los mismos a la Compañía, siempre que ésta lo requiera. El solicitante reconoce que no serán cubiertas aquellas enfermedades existentes con anterioridad al primer día de vigencia de la póliza.

De acuerdo con el Artículo 10º 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 la Compañía la facultad de rescindir automáticamente la póliza.

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante (Asegurado en su caso) consiente que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al mediador y, en su caso, al contratante colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero, así como su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en Avenida de Burgos nº 109, 28050 Madrid, donde el solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico.

Asimismo, autoriza que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora o Coaseguradora. Los datos que se recaben pueden ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Hecho y firmado en, a de de

FIRMA DEL SOLICITANTE

- En nombre propio
- Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

DNI:

| Espacio reservado para Asesoría Médica | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------|
| Informes que debe presentar | Aceptada | | Fecha: |
| | Rechazada | | |
| | Exclusiones | | |
| Fecha petición: | | | |
| Sobreprima | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| Médico valorador | | | |
| | | | |