



Número de póliza colectiva (si procede): \_\_\_\_\_

Tipo de producto: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SALUD - ASISTENCIA SANITARIA

### 1. Datos personales

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nº Hijos: \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_ (kg) Altura: \_\_\_\_\_ (cm)  
 Seguro de Salud previo (indicar compañía y producto): \_\_\_\_\_  
**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_

### 2. Intervenciones quirúrgicas

¿Ha sido operado alguna vez? Sí  No

Fecha	En caso afirmativo especifique intervención y patología	Secuelas

### 3. Ingresos hospitalarios

¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa? Sí  No

Fecha	En caso afirmativo especifique motivo y patología	Días de ingreso

### 4. Indique sus dos últimas visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita y valoración médica	Especialidad

### 5. Revisiones periódicas

¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas recientemente? Sí  No

### 6. Intervenciones quirúrgicas

¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica? Sí  No

Fecha	En caso afirmativo indique qué intervención y/o patología	

### 7. Pruebas diagnósticas y consultas médicas

¿Tiene pendiente de realizar alguna prueba diagnóstica o alguna consulta médica con el especialista? Sí  No

Fecha	En caso afirmativo indique cuál	

### 8. Indique si tiene diagnosticado ACTUALMENTE alguno/s de los siguientes trastornos o enfermedades

	Sí		No			Sí		No			Sí		No	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Litiasis (piedras) (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de fertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía (4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia de disco (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología de la mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades (5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(1)  Hepatitis B       Hepatitis C      (2) Indique nivel:     H. Cervical \_\_\_\_\_     H. Lumbar \_\_\_\_\_     H. Lumbosacra \_\_\_\_\_

(3)  De riñón (renal)       De vesícula (biliar)      (4) Número de dioptrías en cada ojo     Izq.: \_\_\_\_\_     Dcho.: \_\_\_\_\_

(5) Indique cuál/es: \_\_\_\_\_

Si usted tiene diagnosticado algún trastorno o enfermedad, describa su evolución y situación actual:

En caso de tomar medicación, para cualquier trastorno, síntoma o enfermedad, indique cuál (en mayúsculas) y para qué:

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos. Este documento, entre el tomador/asegurado y la Compañía Aseguradora, es la base con la que Caser definirá el riesgo a asumir en cada caso. Es por ello que la respuesta a todas y cada una de las cuestiones planteadas aporta una información veraz y con la mayor amplitud y exactitud posible. 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. En los casos en los que los asegurados sean menores de edad o tenga algún tipo de discapacidad, los cuestionarios podrán ser rellenados por sus padres/madres o tutores legales. El solicitante conoce y acepta que no tendrán cobertura las enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza, en caso de suscribirse, salvo aceptación expresa de las mismas por la Compañía en las Condiciones Particulares de la Póliza. Igualmente, el solicitante autoriza 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 conoce y acepta que no serán cubiertas aquellas enfermedades existentes con anterioridad al primer día de vigencia de la póliza.

De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, consiente a que los datos que Vd. nos proporcione, incluidos los de salud, sean tratados en un fichero automatizado por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con el fin de gestionar la relación de aseguramiento, realizar encuestas de satisfacción sobre nuestros servicios y remitirle información comercial, aun terminada la vigencia de la póliza sobre nuestros productos y servicios de seguros y planes de pensiones, financieros, sanitarios, asistenciales y de residencias para la tercera edad. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se harán efectivos mediante carta dirigida al domicilio social de la compañía, Avda. de Burgos, 109 - 28050 - MADRID (Indicar Asesoría Jurídica - Protección de Datos) o a través de www.caser.es.

Sus datos personales podrán ser cedidos, sin necesidad de comunicar la primera cesión, a entidades del Grupo CASER (consúltese la relación de entidades que en cada momento integran el grupo en www.caser.es) para que por éstas, por cualquier medio de comunicación, incluido el correo electrónico o equivalente, se le realicen comunicaciones comerciales o promocionales, sobre los sectores antes mencionados, adaptadas al perfil de gustos, aficiones, necesidades por Vd. declaradas, así como a las pólizas contratadas con la distintas sociedades del Grupo CASER.

Los datos que se recaben podrán 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. El solicitante podrá revocar en cualquier momento la autorización concedida para que Caser o las sociedades de su Grupo le remitan ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales, notificándolo en el teléfono gratuito, 900 810 569.

**Hecho y firmado en** .....a..... **de** ..... **de** .....