

CUESTIONARIO DE SALUD ASISTENCIA SANITARIA

Datos personales

Nombre y apellidos: _____
 DNI: _____ Edad: _____ N° Hijos: _____ Peso Actual: _____ (Kg) Altura: _____ (cm)

Estado actual de Salud

<input type="checkbox"/>	Muy bueno	<input type="checkbox"/>	Malo
<input type="checkbox"/>	Bueno	<input type="checkbox"/>	Muy malo
<input type="checkbox"/>	Regular		

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"/>

Prevención

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

Intervenciones quirúrgicas

		Sí	No	
¿Ha sido operado alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Declárelas:
Fecha	En caso afirmativo especifique intervención y patología	Secuelas		
¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Fecha	En caso afirmativo especifique intervención y patología			

Ingresos médicos

		Sí	No
¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha	En caso afirmativo especifique motivo y patología	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 (2)	<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"/>	Otros procesos y síntomas	<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"/>	Ligadura de Trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología de la mama	<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"/>	Problemas de fertilidad	<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"/>	¿Toma medicación ? (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) En caso afirmativo indique número de dioptrías en cada ojo

(2) En caso afirmativo indique tratamiento

(3) Indique medicación y para que problema de salud.

En caso de Responder a alguna pregunta SI, por favor describa la evolución y tratamiento a fecha de hoy, de la misma.

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 e Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Hecho y firmado en _____ **a** _____ **de** _____