

# Cuestionario de salud

NO ESCRIBA EN  
LOS CASILLEROS  
SOMBREADOS

# Adeslas

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_

Número de Solicitud \_\_\_\_\_ N° Certificado \_\_\_\_\_

N° Póliza \_\_\_\_\_

| DATOS DE INTERÉS SANITARIO   | TITULAR   |  | ASEGURADO 1 (*)   |  | ASEGURADO 2 (*)   |  | ASEGURADO 3 (*)   |  |  |
|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|
|  | Nombre y Apellidos  |  | Nombre y Apellidos  |  | Nombre y Apellidos  |  | Nombre y Apellidos  |  |  |
|  | Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____  |  | Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____<br>Relación con el titular _____ |  | Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____<br>Relación con el titular _____ |  | Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____<br>Relación con el titular _____ |  |  |
| Nº   | PREGUNTA  | OBSERVACIONES  |   | OBSERVACIONES  |   | OBSERVACIONES  |   | OBSERVACIONES  |  |
| 1  | ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?<br>¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución                                | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución                                | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución                                | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cual, fecha, tratamiento y evolución               |
|  |   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifíquelas  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifíquelas  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifíquelas  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifíquelas   |
| 2  | ¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha y motivo  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha y motivo  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha y motivo  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha y motivo                                     |
| 3  | ¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?   | FECHA<br>...../...../.....   | Motivo<br>Especifique especialidad y próxima fecha de consulta                  | FECHA<br>...../...../.....   | Motivo<br>Especifique especialidad y próxima fecha de consulta                  | FECHA<br>...../...../.....   | Motivo<br>Especifique especialidad y próxima fecha de consulta                  | FECHA<br>...../...../.....   | Motivo<br>Especifique especialidad y próxima fecha de consulta |
| 4  | ¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál, tratamiento y evolución                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál, tratamiento y evolución                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál, tratamiento y evolución                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál, tratamiento y evolución                      |
| 5  | ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha, tratamiento y secuelas                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha, tratamiento y secuelas                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha, tratamiento y secuelas                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique fecha, tratamiento y secuelas                      |
| 6  | ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento?<br>Según lo que conoce de su actual estado de salud:<br>a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento?<br>b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál   |
|  |   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cuál   |
|  |   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Indique la causa  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Indique la causa  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Indique la causa  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Indique la causa   |
| 7  | ¿Es o ha sido fumador?<br>¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?<br>¿Consume o ha consumido estupefacientes?  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día                                    |
|  |   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas                                   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas                                   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas                                   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique cantidad al día y tipo de bebidas                  |
|  |   | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique tipo de producto  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique tipo de producto  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique tipo de producto  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>              | Especifique tipo de producto                                   |
| (*) En caso de tratarse de menor de edad o incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal. |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| Firma y Fecha  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
| Observaciones  |   |  |   |  |   |  |   |  |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado |   | <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado |   | <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado |   | <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado |  |

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

Quienes suscriben, declaran, 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).

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](http://www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos).