

## 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		
Bebe alcohol		
Hace deporte		
Toma drogas		
Toma medicación		
Peso actual (en Kg)/Altura		
Hace régimen		

### Prevención

	Sí	No
¿Visita al dentista con regularidad?		
¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas?		
¿Se hace chequeos médicos anuales?		

### Intervenciones quirúrgicas

¿Ha sido operado alguna vez?		Sí	No	Declárelas
Fecha	Operación de	Secuelas		

### Ingresos médicos

¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa?		Sí	No
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			Reumatismo			Varices			Enfermedades crónicas		
Hipertensión			Psoriasis			Hernias			Otras		
Hepatitis			Angina de pecho			Lumbago			Patología de Próstata		
Virus VIH			Infarto miocardio			Bronquitis			Vasectomía		
Depresión			Miopía			Artrosis cervical			Ligadura de Trompas		
Parkinson			Alergias			Meniscopatía			Patología de la mama		
Cáncer			Asma			Litiasis (piedras)			Problemas de fertilidad		

### Describa las afirmaciones positivas que ha declarado

Intervenciones quirúrgicas pendientes		
¿Tiene pendiente de realizarse alguna intervención quirúrgica?	Sí	No
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	Sí	No	
Médico valorador			