



# Cuestionario de salud

NO ESCRIBA EN  
LOS CASILLEROS  
SOMBREADOS



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

Número de Solicitud \_\_\_\_\_

Nº Certificado \_\_\_\_\_

Nº Póliza \_\_\_\_\_

CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

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 _____ Relación con el titular _____		Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____		Peso _____ Estatura _____ Sexo ____ Edad _____ Relación con el titular _____				
Nº	PREGUNTA	OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES		OBSERVACIONES			
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿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 ...../...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA ...../...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA ...../...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta	FECHA ...../...../.....	Motivo 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? Según lo que conoce de su actual estado de salud: a) ¿Le consta que antes de transcurrido un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? 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? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿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

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).