

# Cuestionario de Salud

Adeslas

NO ESCRIBA  
EN LOS  
CASILLEROS  
SOMBREADOS

## DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (En caso de tratarse de un incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal)

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ Número de Orden \_\_\_\_\_

## DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DATOS DE INTERÉS SANITARIO

<p><b>1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años?</b></p> <p>En caso afirmativo ¿concretamente alguna de estas?</p> <p>1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros) Especifique cual</p> <p>2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra) Especifique cual</p> <p>3. Problemas vasculares (trombosis, embolia) Especifique cual</p> <p>4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra) Especifique cual</p> <p>5. Diabetes Especifique cual: Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino Especifique cual</p> <p>7. Hipertensión arterial. Indique las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (*) <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl). No es necesario especificar valor.</p> <p>9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de su última espirometría, consigne el dato FEV 1(**) <input type="text"/></p> <p>10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño) Especifique cual</p> <p>11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra) Especifique cual</p> <p>12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina) Especifique cual</p> <p>13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra) Especifique cual</p> <p>14. Enfermedad tumoral o cancerosa Especifique cual</p> <p>15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra) Especifique cual</p> <p>16. Enfermedad infecciosa (portador VIH, SIDA, tuberculosis, otra) Especifique cual</p> <p>17. Otras enfermedades Especifique cual</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>2. ¿Consume o ha consumido más de 5 unidades de alcohol al día (1 unidad = vaso de cerveza / vino / licor / otros)?</b> Especifique cantidad al día y tipo de bebidas</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>3. ¿Es o ha sido fumador?</b> Indique el número de cigarrillos al día y durante cuantos años</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>4. ¿Consume o ha consumido estupefacientes o drogas?</b> Especifique cuál, cuánto tiempo y fecha de la última vez</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>5. ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo algún tipo de tratamiento?</b> Especifique cuál y motivo</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>6. ¿Ha sido hospitalizado, operado o sometido a estudio/tratamiento, o le consta que vaya a hacerlo próximamente? Especifique motivo, fecha de atención y si existen secuelas</b></p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?</b> Especifique fecha, tratamiento y si existen secuelas</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>8. ¿Tiene reconocida o solicitada discapacidad o invalidez?</b> Especifique grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>9. ¿Ha estado de baja laboral durante más de 3 semanas en los últimos 5 años?</b> Especifique motivo, duración y si existen secuelas</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>El que suscribe declara, 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).</p> <p>Fecha _____ Firma _____</p>										
<h3>OBSERVACIONES</h3>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Fecha</th> <th style="width: 20%;">Aceptado</th> <th style="width: 20%;">Rechazado</th> <th style="width: 20%;">Delegación</th> <th style="width: 20%;">Número de Solicitud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Número de Solicitud					
Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Número de Solicitud								
<p><small>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: <a href="http://www.segurcaixadeslas.es/es/proteccion-de-datos">www.segurcaixadeslas.es/es/proteccion-de-datos</a></small></p>												

(\* Indicar en el primer recuadro la penúltima medición y en el segundo la última. (\*\*) Si no encuentra este dato, aporte su último informe médico.

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

COPIA PARA LA DELEGACIÓN • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

S.A.S.F02/02

# Cuestionario de Salud

# Adeslas

NO ESCRIBA  
EN LOS  
CASILLEROS  
SOMBREADOS

## DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PERSONA A ASEGURAR (En caso de tratarse de un incapacitado este cuestionario se cumplimentará por el representante legal)

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ Número de Orden \_\_\_\_\_

## DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

## DATOS DE INTERÉS SANITARIO

### 1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos 5 años?

Sí  No

En caso afirmativo ¿concretamente alguna de estas?

1. Problemas de corazón (infarto, angina, arritmia, otros)

Especifique cual

Sí  No

2. Enfermedad de riñón o urológica (insuficiencia renal, creatinina elevada, enfermedad de próstata, otra)

Especifique cual

Sí  No

3. Problemas vasculares (trombosis, embolia)

Especifique cual

Sí  No

4. Enfermedad del sistema nervioso (ictus, embolia, párkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, otra)

Especifique cual

Sí  No

5. Diabetes

Especifique cual: Tipo 1  Tipo 2

Sí  No

6. Enfermedad del tiroides o sistema endocrino

Especifique cual

Sí  No

7. Hipertensión arterial. Indique las dos últimas mediciones de tensión arterial que figuren en un informe (\*)  /   /

Sí  No

8. Colesterol elevado (superior a 220 mg/dl). No es necesario especificar valor.

Sí  No

9. EPOC, bronquitis crónica, enfisema. En caso afirmativo, de su última espirometría, consigne el dato FEV 1(\*\*)

Sí  No

10. Otras enfermedades respiratorias (asma, apnea del sueño)

Especifique cual

Sí  No

11. Enfermedad digestiva o del hígado (hepatitis, cirrosis, Crohn, otra)

Especifique cual

Sí  No

12. Enfermedad ocular (catarata, glaucoma, enfermedad de retina)

Especifique cual

Sí  No

13. Enfermedad del aparato locomotor (artritis, artrosis, hernia discal, otra)

Especifique cual

Sí  No

14. Enfermedad tumoral o cancerosa

Especifique cual

Sí  No

15. Enfermedad psiquiátrica (depresión, esquizofrenia, anorexia, otra)

Especifique cual

Sí  No

16. Enfermedad infecciosa (portador VIH, SIDA, tuberculosis, otra)

Especifique cual

Sí  No

17. Otras enfermedades

Especifique cual

Sí  No

### 2. ¿Consume o ha consumido más de 5 unidades de alcohol al día (1 unidad = vaso de cerveza / vino / licor / otros)?

Sí  No

Especifique cantidad al día y tipo de bebidas

### 3. ¿Es o ha sido fumador?

Sí  No

Indique el número de cigarrillos al día y durante cuantos años

### 4. ¿Consume o ha consumido estupefacientes o drogas?

Sí  No

Especifique cuál, cuánto tiempo y fecha de la última vez

### 5. ¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo algún tipo de tratamiento?

Sí  No

Especifique cuál y motivo

### 6. ¿Ha sido hospitalizado, operado o sometido a estudio/tratamiento, o le consta que vaya a hacerlo próximamente?. Especifique motivo, fecha de atención y si existen secuelas

Sí  No

### 7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?

Sí  No

Especifique fecha, tratamiento y si existen secuelas

### 8. ¿Tiene reconocida o solicitada discapacidad o invalidez?

Sí  No

Especifique grado de discapacidad, tipo de invalidez y causa médica

### 9. ¿Ha estado de baja laboral durante más de 3 semanas en los últimos 5 años

Sí  No

Especifique motivo, duración y si existen secuelas

El que suscribe declara, 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).

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES

Fecha	Aceptado	Rechazado	Delegación	Número de Solicitud

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

(\*) Indicar en el primer recuadro la penúltima medición y en el segundo la última. (\*\*) Si no encuentra este dato, aporte su último informe médico.

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

COPIA PARA EL ASEGURADO • CONFIDENCIAL • GUARDAR EN SOBRE CERRADO • CONFIDENCIAL

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

S.A.S.F02/02