Cuestionario de Salud

(A efectos exclusivos de la solicitud de contrato de seguro de salud o de hospitalización con ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.)

Nombre y Apellidos:

N.I.F./N.I.E.: Peso (kg.): Sexo:

Fecha de nacimiento: Talla (cm.): ☐ Hombre ☐ Mujer

1. ¿Ha sido ingresado en algún centro sanitario en los últimos 10 años, o tiene previsto hacerlo? ☐SI ☐NO
   En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

2. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente, o tiene previsto hacerlo? ☐SI ☐NO
   En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

3. ¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral o cáncer? En caso afirmativo cuáles y la/s fecha/s de diagnóstico: ☐SI ☐NO

4. ¿Tiene o ha tenido algún síntoma, dolor o alteración de forma persistente, periódica o reiterada, o está bajo control o seguimiento médico por algún motivo? ☐SI ☐NO
   En caso afirmativo indique el motivo y la/s fecha/s:

5. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, lesión o alteración de los siguientes tipos?
   - 5.1 Cardíaca, vascular, pulmonar o respiratoria (p. ej.: hipertensión, arritmias, insuficiencia cardiaca o circulatoria, varices, asma, enfisema, trombosis...). ☐SI ☐NO
   - 5.2 Metabólica (del sistema endocrino) o del aparato digestivo (p. ej.: del hígado o páncreas, úlcera gastroduodenal, hernias, diabetes, tiroideas...). ☐SI ☐NO
   - 5.3 Reumatológicas, óseas o musculares (p. ej.: artritis, artrosis, escoliosis, hernia discal, fibromialgia, lupus, esclerodermia, enfermedad muscular, secuelas de traumatismos, psoriasis...). ☐SI ☐NO
   - 5.4 Del sistema nervioso, de los ojos o de los oídos (p. ej.: migrañas, epilepsia, Parkinson, parálisis, Alzheimer, glaucoma, degeneración macular, pérdida de visión, TDAH...). ☐SI ☐NO
   - 5.5 Hematológicas o de la coagulación (p. ej.: tromboembolismo, anemia, hemofilia, leucemia...). ☐SI ☐NO
   - 5.6 Del Riñón, tracto urológico y genital, o ginecológicas (p. ej.: insuficiencia renal, alteraciones de la próstata, cólicos nefríticos, de transmisión sexual, ginecológicas -de mama, útero, ovarios...). ☐SI ☐NO
   - 5.7 Psiquiátricas (p. ej.: anorexia, bulimia, depresión, ansiedad psicosis, esquizofrenia...). ☐SI ☐NO
   - 5.8 Infecciosas (p. ej.: hepatitis, covid-19, tuberculosis, parasitosis, septicemia, enfermedades tropicales...). ☐SI ☐NO

   En caso afirmativo indique cuáles:

6. ¿Toma alguna medicación? ☐SI ☐NO
   En caso afirmativo indique cuál,dosis y frecuencia (pauta):

7. ¿Consume alcohol, drogas o fuma? ☐SI ☐NO
   En caso afirmativo indique tipo, cantidad consumida y frecuencia:

8. ¿Tiene lesiones o secuelas de una enfermedad, alteración congénita o hereditaria, malformaciones o accidente? ☐SI ☐NO
   En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

9. ¿Tiene reconocida o está en proceso de valoración de alguna minusvalía o incapacidad? ☐SI ☐NO
   En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico:

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, conocidos y no declarados, conforme al presente cuestionario, así como de sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA, en relación con el contenido del presente cuestionario, a que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el artículo 10 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 ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

Información básica sobre protección de datos.

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

Nombre y firma D./Dña.:

☐ En nombre propio ☐ Como contratante de la póliza o familiar mayor de edad

N.I.F./N.I.E.: En a de de 20

Cuestionario de Salud

(A efectos exclusivos de la solicitud de contrato de seguro de salud o de hospitalización con ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A.U.)

EPÍGRAFE	INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS
Responsable del tratamiento	ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, S.A.U.
Finalidad	El estudio de la viabilidad para la contratación de una póliza de seguro.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de sus datos se encuentra en la aplicación de medidas precontractuales entre el tomador y ASISA.
Destinatarios	- Personas, organismos e instituciones que pudieran acreditar un interés legítimo u obligación legal. - Médicos, centros médicos, hospitales y otras instituciones o personas, identificadas como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio web www.asisa.es.
Derechos	Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, oposición, portabilidad de los datos o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado.
Información adicional	Puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la web de ASISA: www.asisa.es

Espacio reservado para asesoría médica

Médico valorador:

Adm. Producción:

Informes médicos que debe aportar para la contratación

Observaciones: