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? En caso afirmativo indique cuáles y aporte informe médico: ☐SI ☐NO

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	Cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro. Enviar comunicaciones comerciales sobre bienes y/o servicios propios del Grupo ASISA.
Legitimación	La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato de seguro entre el tomador y ASISA. Asimismo,el envío de comunicaciones comerciales sobre bienes o productos similares a los ya contratados por el interesado, está basado en el interés legítimo de ASISA.
Destinatarios de cesiones	Entidades que forman parte del Grupo ASISA y entidades colaboradoras del mismo. Personas, organismos o instituciones que acrediten un interés legítimo.
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, así como a retirar el consentimiento prestado.
Información adicional	Puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos (DPO) del Grupo ASISA (DPO@grupoasisa.com), así como consultar la información adicional y detalla-da 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: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....