CAJA DE SEGUROS REUNIDOS
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A. –CASER–
Avenida de Burgos, 109 - 28050 Madrid
caser.es

□ Número de póliza colectiva (si procede): _____

□ Tipo de producto: _____

CUESTIONARIO DE SALUD - ASISTENCIA SANITARIA

1. Datos personales

Nombre y apellidos:
DNI: Edad: Nº Hijos: Peso actual: (kg) Altura: (cm)
Seguro de Salud previo (indicar compañía y producto):
Teléfono de contacto:

2. Intervenciones quirúrgicas

¿Ha sido operado alguna vez? **Sí** ☐ **No** ☐

Fecha	En caso afirmativo especifique intervención y patología	Secuelas

3. Ingresos hospitalarios

¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa? **Sí** ☐ **No** ☐

Fecha	En caso afirmativo especifique motivo y patología	Días de ingreso

4. Indique sus dos últimas visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita y valoración médica	Especialidad

5. Revisiones periódicas

¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas recientemente? **Sí** ☐ **No** ☐

6. Intervenciones quirúrgicas

¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica? **Sí** ☐ **No** ☐

Fecha	En caso afirmativo indique qué intervención y/o patología

7. Pruebas diagnósticas y consultas médicas

¿Tiene pendiente de realizar alguna prueba diagnóstica o alguna consulta médica con el especialista? **Sí** ☐ **No** ☐

Fecha	En caso afirmativo indique cuál

8. Indique si tiene diagnosticado ACTUALMENTE alguno/s de los siguientes trastornos o enfermedades

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Angina de pecho	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Litiasis (piedras) (3)	☐	☐	Problemas de fertilidad	☐	☐
Arritmia cardíaca	☐	☐	Hepatitis (1)	☐	☐	Miopía (4)	☐	☐	Reumatismo	☐	☐
Asma	☐	☐	Hernia de disco (2)	☐	☐	Parkinson	☐	☐	Trastorno bipolar	☐	☐
Cataratas	☐	☐	Hipertensión	☐	☐	Patología de la mama	☐	☐	Varices	☐	☐
Cáncer	☐	☐	Infarto miocardio	☐	☐	Psoriasis	☐	☐	Otras enfermedades (5)	☐	☐

(1) ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C

(2) Indique nivel: ☐ H. Cervical _____ ☐ H. Lumbar _____ ☐ H. Lumbosacra _____

(3) ☐ De riñón (renal) ☐ De vesícula (biliar)

(4) Número de dioptrías en cada ojo ☐ Izq.: ____ ☐ Dcho.: ____

(5) Indique cuál/es:

Si usted tiene diagnosticado algún trastorno o enfermedad, describa su evolución y situación actual:

En caso de tomar medicación, para cualquier trastorno, síntoma o enfermedad, indique cuál (en mayúsculas) y para qué:

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos. La firma de este documento, **acredita** el vínculo legal entre el tomador/asegurado y la Compañía Aseguradora, y es la base con la que Caser definirá el riesgo que está dispuesto a asumir en cada caso. Es por ello que la respuesta a todas y cada una de las cuestiones planteadas aportan una información veraz y con la mayor amplitud y exactitud posible. 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. En los casos en los que los asegurados sean menores de edad o tengan algún tipo de discapacidad los cuestionarios podrán ser rellenados por sus padres/madres o tutores legales. Igualmente, el solicitante autoriza 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 conoce y acepta que no serán cubiertas aquellas enfermedades existentes con anterioridad al primer día de vigencia de la póliza. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados, a cuyos efectos le facilitamos la información básica del tratamiento:

Responsable	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.- CASER	
Finalidades principales y legitimación	Finalidades a. Formalización y cumplimiento del contrato de seguro o precontrato. b. Prevención del fraude	Legitimación a. Necesidad para la celebración de un contrato o precontrato b. Cumplimiento de obligaciones legales.
Otras finalidades adicionales y legitimación	Finalidades a. Elaboración de perfiles y envío de comunicaciones comerciales.	Legitimación a. Interés legítimo
Destinatarios	Entidades Reaseguradoras o Coaseguradoras. Sociedades del Grupo Caser. Entidades para la Prevención del Fraude. Administraciones Públicas	
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad.	
Delegado de Protección de Datos:	Dirección Postal: Avda. de Burgos, 109 28050 – MADRID Correo Electrónico: dpogrupocaser@caser.es	
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/protección-de-datos	

Hecho y firmado en ..... a ..... / ..... / ..... **Firma**

Caser Registro Mercantil de Madrid · Tomo 2245 · Folio179 · Hoja M-39662 · CIF: A 28013050
DOC. R0000002
-CONFIDENCIAL-
Imprescindible la cumplimentación de todos los datos de forma legible y sin enmiendas