

Cuestionario de salud

Av. Alfonso X El Sabio, 14 - Entlo. 03004 Alicante
Tel. 965 200 106 · info@asssa.es · asssa.es



Datos personales del declarante

Apellidos	Nombre			
Nacionalidad	Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____	Altura	Peso

Información sanitaria del declarante

1. ¿Ha sido intervenido o ingresado en un centro hospitalario en alguna ocasión?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique fecha / motivo / días de ingreso
2. ¿Ha sufrido algún accidente?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique fecha / tratamiento / secuelas
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cuál / fecha / tratamiento / evolución / secuelas
4. ¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cuál / fecha / tratamiento / evolución
5. ¿Cuándo fue la última vez que visitó al médico? (FECHA ____ / ____ / ____) ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba? (FECHA ____ / ____ / ____) ¿Tiene previsto la realización de algún control médico o prueba?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique motivo / resultado Indique cuál / motivo / resultado Indique fecha / motivo / especifique prueba
6. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? ¿Toma alguna medicación?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cuál / motivo Indique medicamento / dosis / para qué
7. Si es mujer, ¿ha estado embarazada? ¿Está actualmente embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique de cuántos meses
8. ¿Fuma o ha fumado alguna vez?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cantidad diaria
9. ¿Toma o ha tomado bebidas alcohólicas regularmente?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique cantidad diaria
10. ¿Consumo o ha consumido estupefacientes alguna vez?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique frecuencia / tipo de producto

Otros datos de interés del declarante

1. ¿Tiene Seguridad Social?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	España <input type="checkbox"/> País de origen <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado asegurado en otra Compañía anteriormente?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique en cuál / motivo de baja / fecha de baja
3. ¿Mantiene otro/s seguro/s de salud/accidentes?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique Compañía / nº de póliza

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas anteriormente formuladas son veraces y completas, no habiendo desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno. Es consciente y acepta que en caso de reserva o inexactitud perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose ASSSA la facultad de rescindir la póliza en el plazo de un mes desde el momento en que se descubra. Asimismo, reconoce y acepta que no tendrá cobertura para las enfermedades o accidentes declarados y las secuelas que pudieran originarse.

El declarante autoriza expresamente a ASSSA para que realice las comprobaciones necesarias sobre el origen y evolución de las enfermedades de las que precisa asistencia al amparo de la póliza y también para conocer los posibles antecedentes, consecuencias y tratamientos seguidos en cada caso pudiendo contactar con los facultativos intervenientes.

En cumplimiento con lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, se le informa al Tomador que sus datos personales serán tratados con la única finalidad de mantenimiento, desarrollo y control de la relación entre el Titular y ASSSA.

El Titular, con su firma, autoriza expresamente a tratar los datos recogidos en este formulario – cuya cumplimentación es necesaria para adquirir la condición de asegurado de ASSSA – como los que se obtengan como consecuencia de la relación establecida entre el Titular y ASSSA. Los datos se conservarán durante el plazo que dure la relación contractual.

Asimismo, los datos no serán comunicados a terceros, salvo obligación legal y no se efectuarán transferencias internacionales ni creación de perfiles con los mismos.

El órgano responsable del tratamiento es Agrupación Sanitaria Seguros, S.A., siendo la dirección donde se pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación o portabilidad, así como revocación del consentimiento en Av. Alfonso X El Sabio, 14 – Entlo. 03004 Alicante, aportando su DNI o documento identificador equivalente.

Igualmente, podrá presentar una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos si considera que sus derechos han sido vulnerados.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: D. / Dña.