

Cuestionario de Salud



CUMPLIMENTAR UN CUESTIONARIO POR CADA PERSONA Y REMITIR AL FAX: 91 418 49 38
O ALTERNATIVAMENTE DE FORMA ESCANEADA A LA DIRECCIÓN ADMINISTRACION@CIGNA.COM
EN CASO DE SER EL SOLICITANTE DEPENDIENTE DE UN TITULAR DE LA PÓLIZA, CUMPLIMENTAR EL
NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR EN LA SECCIÓN "OTROS COMENTARIOS"

Datos Personales:

Nombre: N.I.F.:
Apellidos:
Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Peso: kg Estatura: cm Fumador SI ☐ NO ☐
Fecha Nacimiento: / / Profesión/Ocupación:
Teléfono: e-mail:(opcional) Móvil:

Datos del Seguro:

Nombre del Tomador (Empresa) o N° Póliza:
de la póliza individual:

Historia Médica:

¿Ha recibido tratamiento médico o ha sido diagnosticado de alguna de las patologías/enfermedades siguientes?
Si la respuesta es afirmativa, marque con una "X" la casilla correspondiente y utilice el espacio "AMPLIAR"
para ampliar su respuesta marcada. **Debe aportar cualquier informe médico que obre en su poder**, con el fin de evaluar el
riesgo por el asegurador y agilizar los trámites de la eventual alta en el seguro.

1. Cardiovascular

- ☐ Arritmia
- ☐ Infarto/Angina de Pecho
- ☐ Trastorno circulatorio (venoso)
- ☐ Dolor torácico sin especificar
- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Colesterol alto (>200 mg/dl)
- ☐ Otros

4. Enfermedad neurológica

- ☐ Epilepsia
- ☐ Parálisis
- ☐ Acc. cerebrovascular (Trombosis)
- ☐ Otros

7. Endocrinológica

- ☐ Diabetes
- ☐ Tiroides
- ☐ Otros

2. Traumatología

- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Patología de columna/rodilla
- ☐ Otros

5. Otras patologías

- ☐ Pólipos
- ☐ Tumor/Cáncer
- ☐ Otros

8. Enfermedad broncopulmonar

- ☐ Tuberculosis
- ☐ Neumotórax
- ☐ Asma/Enfisema
- ☐ Dificultad respiratoria
- ☐ Otros

3. Aparato digestivo

- ☐ Problemas intestinales
- ☐ Problemas gástricos
- ☐ Hígado
- ☐ Otros

6. Enfermedad génito-urinaria

- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Patología mamaria
- ☐ Patología uterina/ovarios
- ☐ Otros

9. Tratamiento psiquiátrico

- ☐ Antidepresivos/ansiolíticos
- ☐ Abuso de alcohol/drogas
- ☐ Otros

MARQUE LO QUE PROCEDA CON "X"

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| A.- ¿Le han sometido a cirugía o está pendiente de alguna intervención quirúrgica? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| B.- ¿Ha ingresado en algún centro médico para tratamiento, observación o realización de pruebas diagnósticas en los últimos 10 años? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| C.- ¿Padece algún trastorno inmunológico o enfermedad infecto-contagiosa? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| D.- ¿Le han detectado virus/anticuerpos VIH (SIDA) en alguna prueba? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| E.- ¿Está en la actualidad tomando algún medicamento o tiene algún síntoma de enfermedad, dolor o molestia? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| F.- ¿Está en la actualidad realizando algún tratamiento médico o rehabilitación? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| G.- ¿Padece algún defecto congénito, alteración o enfermedad de cualquier tipo no mencionada anteriormente? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

AMPLIAR: Si ha contestado afirmativamente a cualquier pregunta en el apartado “Historia Médica”, debe completar esta tabla:

Descripción del proceso médico	Fecha de Proceso	Tratamiento al que fue sometido	Secuelas	Situación actual del proceso

IMPORTANTE: Es necesario aportar toda la información médica, así como informes y resultados de pruebas diagnósticas que tengan relación con las enfermedades/patologías declaradas en este cuestionario. La falta de estos documentos podría ocasionar retrasos en su alta en el seguro. Igualmente, queda relevado del secreto profesional cualquier médico que hubiese reconocido o atendido al firmante de este documento de enfermedades/patologías eventualmente mencionadas en este documento.

OTROS COMENTARIOS

Nombre completo del titular _____

VERACIDAD: El abajo firmante declara que las respuestas y los documentos que aporta (o que aportará en el futuro) son exactos y completos, y reconoce que sirven como presupuesto para la valoración del riesgo por CIGNA. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración o sus anexos, se perderá el derecho a la prestaciones que estuviesen garantizadas, reservándose CIGNA el derecho a rescindir la póliza o dar de baja al asegurado en cuestión.

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: El declarante se obliga a comunicar a CIGNA cualquier circunstancia que pueda alterar o modificar las afirmaciones contenidas en el presente cuestionario de salud, los documentos adjuntos o la información facilitada con posterioridad durante la evaluación del riesgo, que pueda acaecer desde la fecha de la suscripción del mismo hasta la de alta, en su caso, como asegurado.

COBERTURA: La cobertura del seguro se define en la documentación de la póliza, y que, salvo pacto específico en contrario, excluye enfermedades preexistentes, congénitas, la cirugía plástica, reparadora y/o los tratamientos estéticos, tratamientos no reconocidos por la Organización Médica Colegial de España, etc. CIGNA SE RESERVA EL DERECHO de aceptar o rechazar o limitar la cobertura solicitada. La mención de cualquier enfermedad/patología NO SUPONE su cobertura.

DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: Los datos de carácter personal contenidos o referidos en el presente documento, así como cualquier dato que, eventualmente, pudiera facilitarse en el proceso de evaluación del riesgo o a lo largo de la relación aseguradora – directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados en la modalidad de Servicios Médicos Concertados – se incluirán en ficheros automatizados de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A. N.V. Sucursal en España (CIGNA). Su tratamiento queda expresamente autorizado para la evaluación del riesgo y los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Servicios Médicos Concertados) a profesionales y centros que participan en la prestación de la asistencia sanitaria, entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago. Asimismo, salvo indicación en contra por el titular marcando la casilla de abajo con una X, queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por CIGNA o sociedades de su mismo grupo a quienes les pueden ser cedidos. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid). En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de sus datos en el fichero antes mencionado, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de datos de carácter personal.

☐ No consiento el ofrecimiento de los servicios arriba indicados.

FIRMA del declarante (si es su representante legal, incluir su nombre y relación con el declarante)

En _____, a _____ de _____ de 20 ____