



NO ESCRIBA
EN LOS
CASILLEROS
SOMBREADOS



Questionario de Salud

DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE

Apellidos _____ Nombre _____

PERSONA A LA QUE SE REFIERE LA DECLARACION

Apellidos _____ Nombre _____

Edad _____ Peso _____ Estatura _____ Relacion con el Declarante _____ Numero de Orden _____

DATOS DE INTERÉS SANITARIO

Nº	PREGUNTA	RESPUESTA	OBSERVACIONES
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años? ¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual fecha, tratamiento y evolución Especifique las
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	FECHA/...../.....	Motivo Especifique especialidad y próxima fecha de consulta
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	¿Se encuentra en la actualidad bajo control médico o siguiendo alguna clase de tratamiento? Según lo que conoce de su actual estado de salud. a) ¿Le consta que antes de transcurrir un año habrá de hacerse algún estudio o tratamiento? b) ¿Necesitará dentro de ese plazo ingresar en un hospital?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cual Especifique cual Indique la causa
7	¿Es o ha sido fumador? ¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? ¿Consume o ha consumido estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día Especifique cantidad al día y tipo de bebidas Especifique tipo de producto

El que suscribe declara bajo su responsabilidad que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a SegurCaixa Adeslas para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facilitivos Interventores.

Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, SegurCaixa Adeslas queda en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

CINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

