



Datos personales:

Nº de Socio,Nombre y apellidos, DNI.

Cuestionario de salud:

¿Es usted fumador?: SI NO Cantidad diaria:

¿Tiene problemas de tensión? SI NO Tensión arterial:/.....

Talla:cm Peso: Kg.

¿Toma bebidas alcohólicas? SI NO Cantidad diaria:

¿Toma ansiolíticos, estupefacientes o algún otro tipo de medicación con o sin prescripción médica? SI NO

¿Cuál?

¿Ha estado de baja laboral más de 15 días consecutivos?: SI NO ¿cuándo y por qué?

.....

¿Practica algún deporte?: SI NO De qué tipo y con qué frecuencia:

¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida? SI NO ¿Cuál?

Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales: SI NO ¿Cuál?

Enfermedades cardíacas o del aparato circulatorio: SI NO ¿Cuál?

Enfermedades respiratorias: SI NO ¿Cuál?

Procesos infecciosos parasitarios, enfermedades de transmisión sexual, infecciones VIH o relacionadas: SI NO

¿Cuál?.....

Afecciones de espalda y/o en la columna vertebral: SI NO ¿Cuál?

Procesos endocrinos, nutricionales y metabólicos: SI NO ¿Cuál?

Alteraciones del sistema nervioso: SI NO ¿Cuál?

Alteraciones de la sangre y el sistema linfático: SI NO ¿Cuál?

Alteraciones psíquicas: SI NO ¿Cuál?

Enfermedades genitourinarias: SI NO ¿Cuál?

Enfermedades de la piel : SI NO ¿Cuál?:

Enfermedades de la nariz, boca, oído y/o laringe; SI NO ¿Cuál?:

Enfermedades oculares. SI NO Motivo y graduación:

Alguna afección todavía no nombrada: SI NO ¿Cuál?:

¿Ha sido sometido o tiene previsto someterse a alguna intervención quirúrgica? SI NO ¿Cuál?:

En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico?: SI NO ¿Cuál?:

¿Enfermedades reumáticas?: SI NO ¿Cuál?:

¿Ha realizado rehabilitación o fisioterapia? SI NO ¿Cuál?:

¿Ha sufrido algún accidente?: SI NO De que naturaleza y fecha:

¿Sufrió lesiones? SI NO Indíquenos cual/es:

¿Le ha dejado secuelas?: SI NO Indíquenos cual/es:

¿Se encuentra actualmente de baja laboral o bajo control, valoración o tratamiento médico y/o en espera de la realización u obtención de resultados de pruebas de diagnóstico complementarias? SI NO

¿Tiene reconocida, o se encuentra actualmente a la espera de valoración u obtención de resultados de algún tipo de minusvalía, invalidez o incapacidad? SI NO ¿Cuál?

DECLARO: Que todas las respuestas anteriores son exactas, completas y verdaderas quedando enterado de que toda inexactitud, omisión o falta de veracidad tendrá como consecuencia la nulidad de la póliza y la pérdida de todos los derechos otorgados por ésta, siempre que las mismas influyan en la estimación del riesgo de conformidad de artículo 10 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro. Por la presente declaración eximo a la Entidad de todo gasto consecuente de toda enfermedad, intervención anterior a la fecha de ingreso. Asimismo, autorizo a cualquier médico, hospital u otra institución o persona que haya asistido o reconocido en sus dolencias a revelar a la Compañía la información que esta considere necesario.

Madrid, a de de 20.....

Firma del declarante

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que los datos reflejados en este cuestionario serán archivados en un fichero de UECA al objeto de mantener la relación contractual aseguradora. UECA como responsable del archivo se compromete a asumir las medidas de seguridad para proteger la confidencialidad y a utilizarlo de acuerdo con su finalidad.



d
go
ad o
s a

