



## SOLICITUD DE SEGURO ASISTENCIA SANITARIA

Alta  Modificación

Mediado por: NUÑEZ DE BIEN

Nº SOLICITUD		AGENTE		FECHA EFECTO		FECHA VENCIMIENTO		PÓLIZA Nº				
_____		2999316		____.____.____		____.____.____		_____				
PRODUCTO _____												
DATOS DEL TOMADOR	NIF/CIF _____											
	Apellidos o Denominación _____						Nombre _____					
	Domicilio _____											
	Localidad _____						Código postal _____					
	Provincia _____			Teléfono _____			Fax _____					
DATOS DE COBRO	Forma de pago		<input checked="" type="checkbox"/> MENSUAL		<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL		<input type="checkbox"/> SEMESTRAL		<input type="checkbox"/> ANUAL			
	Código Entidad _____		Oficina _____		D.C. _____		Cuenta _____					
	ENTIDAD / OFICINA _____											
¿Existe algún seguro precedente de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO												
En caso afirmativo, indicar compañía y número de póliza _____												
DATOS DE LOS ASEGURADOS	Domicilio familiar _____											
	Código postal _____			Localidad _____								
	Provincia _____											
	Teléfono _____											
	Apellidos y Nombre				Fecha de nacimiento		Sexo (1)	EC (2)	Parent. (3)	DNI/NIF		Carenc. (4)
	1º _____				_____		_____	_____	TI	_____		_____
	2º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
	3º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
	4º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
	5º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____
6º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
7º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
8º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
9º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
10º _____				_____		_____	_____	_____	_____		_____	
PRIMAS	PRIMER RECIBO				RECIBOS SUCESIVOS							
	Desde _____		Total recibo _____		Periodicidad _____			Total recibo _____				
	Hasta _____				_____							
PRIMA ANUAL _____				RECIBO ANUAL _____			IMPUESTOS _____					

(1) V= Hombre, H= Mujer.

(3) C= Cónyuge, H= Hijos, P= Padres, F= Resto Familiares, O= Otros TI= Titular.

(2) C= Casado, S= Soltero, V= Viudo, D= Divorciado, E= Separado

(4) No se aplica carencia si el Asegurado está incluido en una póliza de salud preexistente.

El solicitante del seguro declara haber contestado conforme a la verdad a las preguntas de esta solicitud. A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante (Asegurado en su caso) consiente a que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al mediador y, en su caso, al contratante colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero y a su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en Avda. de Burgos, 109, 28050 Madrid, donde el solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico. Asimismo, autoriza a que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora. Los datos que se recaben pueden ser cedidos a ficheros comunes a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

**El Tomador/Asegurado de la póliza declara haber recibido con anterioridad a la firma del presente documento, toda la información requerida por el Artículo 107º del ROSSP. Asimismo, declara conocer y mostrar su conformidad con el contenido de las Condiciones Particulares, Generales y Especiales del seguro concertado y, en particular, acepta expresamente las cláusulas destacadas en negrita que se corresponden con las exclusiones y cláusulas limitativas del contrato.**

Hecho y firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**EL MEDIADOR**

**EL SOLICITANTE**

1. ENTIDAD ASEGURADORA  
 2. MEDIADOR  
 3. CLIENTE

## CUESTIONARIO DE SALUD ASISTENCIA SANITARIA

### Datos personales

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ N° Hijos: \_\_\_\_\_ Peso Actual: \_\_\_\_\_ (Kg) Altura: \_\_\_\_\_ (cm)

### Estado actual de Salud

<input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Malo
<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Muy malo
<input type="checkbox"/> Regular	

### Hábitos

	Sí	No
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Prevención

	Sí	No
¿Visita al dentista con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas recientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos anuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Intervenciones quirúrgicas

		Sí	No	
¿Ha sido operado alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Declárelas:
Fecha	En caso afirmativo especifique intervención y patología	Secuelas		
¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Fecha	En caso afirmativo especifique intervención y patología			

### Ingresos médicos

		Sí	No	
¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha	En caso afirmativo especifique motivo y patología	Días de ingreso		

### Declare sus dos últimas visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista de

### Padece alguno/s de los siguientes procesos o enfermedades

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros procesos y síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología de Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virus VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligadura de Trompas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología de la mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meniscopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de fertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Litiasis (piedras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma medicación ? (3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) En caso afirmativo indique número de dioptrías en cada ojo

(2) En caso afirmativo indique tratamiento

(3) Indique medicación y para que problema de salud.

En caso de Responder a alguna pregunta SI, por favor describa la evolución y tratamiento a fecha de hoy, de la misma.

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos. Igualmente, el solicitante y el candidato autorizan 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 reconoce que no serán cubiertas aquellas enfermedades existentes con anterioridad al primer día de vigencia de la póliza.

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.

A efectos de lo establecido en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, el solicitante (Asegurado en su caso) consiente que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al mediador y, en su caso, al contratante colectivo, sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero, así como su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para valorar y delimitar el riesgo y, en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual, siendo destinataria y responsable del fichero CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. -CASER-, con domicilio en Avenida de Burgos nº 109, 28050 Madrid, donde el solicitante (Asegurado en su caso) podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al Director del Departamento Jurídico-Técnico.

Asimismo, autoriza que sus datos personales puedan ser cedidos a Entidades del Grupo Caser, aceptando que por éstas se le remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen, así como a la Entidad Reaseguradora o Coaseguradora. Los datos que se recaben pueden ser cedidos a ficheros comunes, a los efectos de lo establecido en el Texto Refundido de la Ley e Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Hecho y firmado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_