

## CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre y apellidos.....

Fecha de nacimiento..... Lugar de nacimiento .....

Edad.....Peso..... Estatura .....

¿Es o ha sido fumador? SI  NO  Especifique cantidad al día .....

¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? SI  NO

Especifique cantidad al día y tipo de bebidas .....

¿Consumo o ha consumido estupefacientes? SI  NO  Especifique tipo de producto .....

¿Está o ha estado en tratamiento por alcoholismo o drogadicción? SI  NO  Especifique cual .....

¿Practica algún deporte o actividad de riesgo? SI  NO  Especifique cual .....

¿Está federado y compite oficialmente en alguna modalidad deportiva? SI  NO  Especifique cual .....

¿Padece o ha padecido alguna incapacidad o lesión congénita? SI  NO  Especifique cual.....

En caso afirmativo: ¿Tiene reconocida su incapacidad? SI  NO

Declare sus tres últimas visitas al médico:

FECHA	MOTIVO DE LA VISITA	ESPECIALIDAD	PRÓXIMA FECHA CONSULTA
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Describa aquí las pruebas y análisis que se ha realizado últimamente:

.....

.....

.....

¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos médicos o enfermedades?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Artrosis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Oído/Laringe</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bronquitis/Enfisema</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hipertensión arterial</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cáncer/Tumor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Reumáticas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Úlcera</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Colesterol elevado</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Defecto en piel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hernias</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Litiasis "piedras"</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Psiquiátrica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Angina-Infarto</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Varices/Flebitis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Insuficiencia renal</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Parkinson</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Otras enf. Cardiacas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fracturas/Enf. Óseas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cólicos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Alzheimer/Demencia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Miomas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Lesión columna/Rodilla</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enfermedades Infecciosas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Miopía</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Otras enf. Ginecológicas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enfermedades Crónicas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enf. Vascular</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Defecto refractivo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Asma/Alergias</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ICTUS/Accidente Vascular</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Portador V.I.H.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Otras enf. oculares</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. Aparato Circulatorio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Enf. de Tiroides</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras:

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

.....

.....

.....

¿Ha tenido embarazos? ..... ¿Cuántos? ..... ¿Hijos nacidos vivos? ..... ¿Abortos? ..... ¿Cuántos? ..... ¿Cesáreas? ..... ¿Cuántas? .....

¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas? SI  NO

¿Se ha hecho chequeos médicos de empresa, particular, etc.? SI  NO

Realice una breve explicación de las respuestas afirmativas:

.....  
.....  
.....

¿Ha sido operado en alguna ocasión? SI  NO

AÑO TIPO OPERACIÓN SECUELA

.....  
.....  
.....

¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica? SI  NO

Realice una breve explicación si la respuesta es afirmativa:

.....  
.....  
.....

¿Ha sido ingresado en algún hospital o institución en observación o por enfermedad o accidente? SI  NO

AÑO TIPO OPERACIÓN SECUELA

.....  
.....  
.....

¿Se encuentra bajo algún control o tratamiento médico en la actualidad? SI  NO

¿Toma algún fármaco en la actualidad? SI  NO

¿Tiene alguna indicación médica o intención de hacerse algún estudio o tratamiento concreto? SI  NO

Realice una breve explicación de las respuestas afirmativas:

.....  
.....  
.....

Le informamos que el cuestionario de salud que debe cumplimentar, es sumamente importante para la aceptación de su solicitud.

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a Iguatorial Cantabria 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 Facultativos intervinientes.

Iguatorial Cantabria elude la responsabilidad asistencial para las afecciones o secuelas que el asegurado ya tuviese contraídas al formular la póliza, aunque hayan sido omitidas en la contratación.

**Artículo 10 Ley de Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de Octubre.** "El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo". "El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro"

Aprovechamos para indicarle que en caso de sufrir algún padecimiento y/o haber tenido alguna intervención quirúrgica, deberá aportarnos informe médico de la misma.

Todos estos trámites evitarán que se retrase la contestación a la aceptación o denegación de su solicitud por parte de este IGUALATORIO.

De conformidad con lo previsto en el Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y normativa complementaria, se le informa al firmante de que los datos personales que se nos facilite en este cuestionario (incluidos los datos de salud) serán tratados por Iguatorial Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, con domicilio en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander, e incorporados a un fichero de su titularidad, para el estudio de la concesión o denegación del seguro solicitado, el cumplimiento de la Ley 50/1980, de 5 de octubre, de Contrato de Seguro, y de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como demás normativa reguladora del sector de los seguros y reaseguros y en la normativa fiscal y otras aplicables, y la prevención del fraude, lo cual consiente. La base legal del tratamiento es la ejecución del servicio solicitado, el cumplimiento de la normativa previamente expuesta, el consentimiento y el interés legítimo en la prevención del fraude.

En caso de que se llegue a formalizar la póliza, dichos datos serán tratados para la formalización y gestión del desenvolvimiento de la póliza y prestación de los servicios sanitarios cubiertos por la misma, el cumplimiento de la normativa aplicable, la prevención del fraude, la colaboración estadístico actuarial para tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, lo cual usted consiente.

Asimismo, se informa de que los datos del tomador y de los asegurados/beneficiarios, incluidos los de salud, podrán ser comunicados a profesionales sanitarios, centros y hospitales médicos prestadores de la asistencia médica cubierta por la póliza y viceversa, con las finalidades previamente referidas, y a las entidades con las que Iguatorial Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración, para la formalización y cumplimiento de tales contratos, para todo lo cual se presta expreso consentimiento. Además, se le comunica que los datos personales del tomador y los asegurados y/o beneficiarios podrán cederse asimismo a instituciones y organismos públicos en los casos legalmente establecidos, a Juzgados y Tribunales y a encargados del tratamiento de Iguatorial Cantabria.

Por otro lado, se le hace saber que las llamadas que efectúe al teléfono de urgencias de Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros o a otros teléfonos de la empresa podrán ser grabadas en interés legítimo de ésta. Siempre que una llamada vaya a ser grabada se le advertirá de ello.

Las bases legales de estos tratamientos son la formalización y cumplimiento del contrato de seguro de asistencia sanitaria, el cumplimiento de la Ley 50/1980 y Ley 20/2015 y demás normativa referenciada, el consentimiento, así como el interés legítimo en la prevención del fraude, la colaboración estadística actuarial para tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la grabación de llamadas telefónicas.

Mediante la suscripción del presente documento, el tomador/asegurado/beneficiario presta su consentimiento a los referidos tratamientos o cesiones. Si se opusiera a los mismos o no nos facilitara los datos requeridos no podría hacerse efectiva la formalización de la póliza de salud, o su cobertura podría verse temporalmente suspendida.

Además, se le informa de que, al existir una relación comercial, Iguatorio Cantabria podrá remitirle al tomador por cualquier medio información comercial referente exclusivamente a bienes y servicios similares a los que contratados, siendo la base legal del tratamiento el interés legítimo de Iguatorio Cantabria en mantenerle informado y cumplir sus expectativas como cliente, sin perjuicio de que pueda oponerse al envío de tales comunicaciones en cualquier momento dirigiendo comunicación en tal sentido a [protecciondedatos@igualatoriocantabria.es](mailto:protecciondedatos@igualatoriocantabria.es), o manifestándolo en el propio acto de firma del presente documento.

En caso de tratamientos basados en su consentimiento, se le informa de que usted podrá retirar el mismo en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.

Los datos personales (incluidos los de salud) que consten en la solicitud de seguro, en el cuestionario de salud, en la póliza de salud y los que se generen en relación con la asistencia sanitaria objeto de cobertura serán conservados por Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros hasta la extinción de la póliza y, a partir de entonces, hasta la prescripción de las responsabilidades derivadas del tratamiento y de la relación entablada, procediendo posteriormente a su destrucción o anonimización. No obstante, cuando la normativa lo exija, los datos podrán ser mantenidos para el cumplimiento de las obligaciones legales, así como para la prestación de servicios asistenciales cuando resultara necesario.

En el caso de que la póliza no llegue a formalizarse, el interesado autoriza a Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. a que conserve sus datos hasta que éste solicite su supresión.

Los interesados quedan informados de que, en caso de dudas sobre la protección de sus datos personales, podrán contactar con el Delegado de Protección de Datos de Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros en la dirección [dpo@igualatoriocantabria.es](mailto:dpo@igualatoriocantabria.es).

Asimismo, se les hace saber que podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos dirigiéndose por escrito al domicilio social de Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander o a la dirección de correo electrónico [protecciondedatos@igualatoriocantabria.es](mailto:protecciondedatos@igualatoriocantabria.es), adjuntando en ambos casos fotocopia de su DNI o documento oficial equivalente. En caso de no atenderse el ejercicio de los mencionados derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control.

El declarante garantiza que ha obtenido de los titulares de los datos personales que ha comunicado o comunique los consentimientos necesarios para autorizar, en su nombre, el tratamiento de tales datos por Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, así como la realización de las cesiones previamente referidas, habiéndoles informado expresamente de todos los extremos contenidos en el presente documento y en los demás relacionados, incluida la posibilidad de ejercitar los derechos que legalmente les corresponden. En este sentido, declara que los mismos han sido informados de la comunicación de sus datos a Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros.

Asimismo, manifiesta que los datos proporcionados son exactos y que cuenta con autorización de los asegurados y beneficiarios para que Iguatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros pueda informarle de las prestaciones sanitarias realizadas a los asegurados, así como remitirle cualquier otra comunicación atinente o relacionada con la póliza que pueda incluir datos de los asegurados o beneficiarios.

Para más información, consulte nuestra Política de Protección de Datos en <https://igualatoriocantabria.es/>.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

Fdo.: .....

(En caso de ser menor de edad, deberá ser firmado por el padre, la madre o el tutor legal)