



Ribera del Loira, 52. 28042 Madrid
CIF: A28/037042

Cuestionario Adicional Información Médica Confidencial

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre _____
 Peso _____ Estatura _____ NIF/CIF Pasaporte Tarjeta de residencia _____

IMPORTANTE ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LEA ESTAS INDICACIONES CON DETENIMIENTO.

- Este cuestionario debe cumplimentarse por cada beneficiario que declare problemas de salud. (1 por persona).
- Rellene todas y cada una de las casillas con la respuesta que corresponda. **No deje casillas en blanco. No se aceptan rayas a modo de respuesta.**
- En órganos o miembros pares, indique lado.

Escriba el problema e indique:

Problema actual A o pasado P

Fecha de: inicio / finalización

1 Causa (ej.: por enfermedad, tras accidente, de nacimiento, por embarazo, etc.). Especificar.

2 Localización exacta (ej.: pierna izda., brazo dcho., oídos, etc.). Especificar.

3 Tratamiento. Si lo ha habido, indicar tipo: médico, quirúrgico, etc. Especificar.

4 Prótesis o material quirúrgico implantados (ej.: Osteosíntesis: clavos, tornillos, mallas, etc.). Especificar.

5 Pruebas diagnósticas y/o tratamientos previstos en el futuro. Especificar.

6 Situación actual respecto al aspecto médico declarado y especificar posibles secuelas (ej.: curado, pequeñas molestias, cojera, etc.)

7 Defecto de Refracción Óptica, especificar (miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.)

8 Embarazo:

	1	2	3	4
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P			

_____ Dioptrías ojo derecho: _____ Dioptrías ojo izquierdo: _____

Semanas de gestación: (Si más de 20 semanas, adjuntar informe tocólogo).

¿Conoce usted alguna circunstancia que pueda afectar desfavorablemente el curso de su embarazo y/o parto?: Si No (Si la respuesta es afirmativa, aportar el informe pertinente).

¿Se le ha detectado alguna anomalía/malformación/enfermedad al feto? Si No (Si la respuesta es afirmativa, aportar el informe pertinente).

¿Sobrepeso de embarazo?: Si No

El abajo firmante declara que dicha información es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de su salud. No obstante faculta a SANITAS, Sociedad Anónima de Seguros, (en adelante SANITAS) para que pueda requerir de médicos e instituciones, y por tanto autoriza a estos a que faciliten a SANITAS, los datos sobre la salud de las personas que hayan sido incluidas en la póliza que entienda necesarios para el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios asegurados, pudiendo conservar todos sus datos, incluyendo todos los relativos a su salud, para este fin. El interesado reconoce que SANITAS se reserva el derecho de aceptación o rechazo, total o parcial, de esta solicitud a los efectos de la contratación del seguro. Asimismo y de conformidad con la normativa legal sobre protección de datos de carácter personal, el asegurado consiente expresamente en que todos los datos personales relativos al mismo sean incorporados a ficheros, titularidad de SANITAS siendo su finalidad la de servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, el conocimiento de los motivos de baja de la póliza, la prevención del fraude y el envío de publicidad y ofertas comerciales u otras que pudieran resultar de su interés de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizándonos a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas. Con el exclusivo objeto de prevenir el fraude los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos estrictamente necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación contractual. Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previstos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira 52. 28042 Madrid, Departamento de Relaciones con Clientes. El tomador se hace responsable de comunicar a los demás asegurados declarados en la póliza, la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados. En caso de no recibir comunicación escrita en el plazo de 30 días a contar desde la fecha de la presente solicitud, entenderemos que está conforme con el envío de publicidad y cesión de datos a otras compañías en los términos indicados.

En caso de extracción de órganos y/o materia se debe aportar también la anatomía patológica, así como el informe médico con la situación actual. Si tiene informes médicos de los problemas declarados, adjúntelos.

Fecha _____ / _____ / _____ Firma _____