

Nombre del Colectivo \_\_\_\_\_ N° de Colectivo \_\_\_\_\_

Los campos sombreados deben ser cumplimentados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal).

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Durante los últimos cinco años ¿ha sido atendido alguna vez en un hospital o centro sanitario, o está pendiente de hacerlo para algún diagnóstico o tratamiento, ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión o tiene previsto hacerlo?**  Sí  No

No es preciso reflejar algunas intervenciones señaladas a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones de las mismas: Amigdalotomía (operación de anginas), adenoidectomía (vegetaciones), apendicectomía, extracción dentaria, parto, cesárea, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, intervenciones por quistes sebáceos o epidermoides, lipomas.

En caso afirmativo, indique tipo de ingreso o intervención quirúrgica, año en que ha tenido lugar y si le han quedado o no secuelas.

**Por favor, indique si tiene o ha tenido alguna enfermedad de las que a continuación se refieren:**

No es necesario reflejar enfermedades habituales y de corta duración como catarros, gripes, bronquitis, diarreas, anginas, faringitis, etc.

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>1.- CARDIACA, PULMONAR O DEL APARATO RESPIRATORIO</b>                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>2.- METABÓLICAS (del Sistema Endocrino) O DEL APARATO DIGESTIVO</b>            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>3.- REUMATOLÓGICAS, ÓSEAS O MUSCULARES</b>                                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>4.- DEL SISTEMA NERVIOSO, DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS</b>                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>5.- HEMATOLÓGICAS O DE LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE</b>                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>6.- DEL RIÑÓN O EL APARATO UROGENITAL (incluyendo la próstata, en su caso)</b> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>7.- PSIQUIÁTRICAS, ANOREXIA, BULIMIA</b>                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <b>8.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS</b>   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Padece o ha padecido algún proceso tumoral, cáncer, incluso de la piel, melanoma, linfoma, leucemia etc?  Sí  No

¿Tiene reconocida alguna minusvalía o incapacidad o está en proceso de valoración? ¿Presenta algún defecto físico?  Sí  No

En caso afirmativo es necesario indicar el grado y tipo de discapacidad o minusvalía reconocida o en proceso de valoración.

**Otros datos de interés:**

¿Toma medicamentos? (indicar cuáles) \_\_\_\_\_  Sí  No

- Su peso (Kg)  - Altura (cm)

ASISA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el Artículo 10 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 ASISA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo. D./Dña. \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_  En nombre propio  Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.

**Resolución (Médico):**  Aceptada  Rechazada  Solicitud de Informe: \_\_\_\_\_  
 Aceptada con Exclusiones: \_\_\_\_\_