Declaración de salud

NO ESCRIBAS EN LOS CASILLEROS SOMBREADOS

ES IMPRESCINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS DE FORMA LEGIBLE Y SIN ENMIENDAS

Adeslas

S.AS.011/02

Nombre del colectivo: _____

Nº de solicitud: _____ Nº de póliza: _____ _____

Alta: ☐ Baja: ☐ Modificación: ☐ Producto: _____ Nº de certificado: _____

Delegación: _____ Efecto: ____ / ____ / _____

Clave mediador 1: _____ Clave mediador 2: _____

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y nombre/Denominación social: _____ NIF/NIE: _____

DATOS DEL ASEGURADO (en caso de tratarse de un menor de edad o una persona incapacitada, este cuestionario deberá ser cumplimentado por el representante legal)

Apellidos y nombre: _____ NIF/NIE: _____

Domicilio. Tipo de vía: _____ Nombre de la vía: _____ Número: _____ Piso: _____

Código postal: _____ Población: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Estado civil: _____ Hombre: ☐ Mujer: ☐ Nº de empleado: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Parentesco: _____

¿Dispones de alguna otra póliza con SegurCaixa Adeslas? Sí: ☐ No: ☐ Nº de póliza: _____

¿Solicitas exención de carencias? Sí: ☐ No: ☐

La persona a asegurar declara, bajo su responsabilidad, que a la fecha de firma de esta declaración de salud no ha sido diagnosticado de:

· **Enfermedades oncológicas:** no estás obligado a declarar que has padecido cáncer una vez hayan transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior · **Enfermedades del sistema nervioso:** esclerosis múltiple, párkinson, alzhéimer, epilepsia, paraplejias, distrofias musculares, secuelas graves de traumatismos o infecciones del sistema nervioso central, esclerosis lateral amitrófica · **Enfermedades del sistema endocrino:** diabetes *mellitus*, obesidad mórbida, enfermedades graves, enfermedad de Cushing, hiperparatiroidismo · **Enfermedades congénitas:** espina bífida, fibrosis quística, cardiopatías congénitas · **Enfermedades del sistema circulatorio:** cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad vascular hipertensiva, enfermedades de las válvulas cardíacas, marcapasos, arritmias, aneurisma aórtico, insuficiencia cardíaca · **Enfermedades del aparato respiratorio:** fibrosis pulmonar, EPOC, apneas del sueño, hipertensión pulmonar, insuficiencia respiratoria · **Enfermedades del aparato digestivo:** hepatopatías crónicas, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, pancreatitis crónica. · **Enfermedades del aparato genitourinario:** insuficiencia renal crónica · **Enfermedades mentales:** esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis · **Enfermedades reumatológicas y del tejido conectivo:** artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, lupus sistémico, dermatomiositis, vasculitis, psoriasis · **Enfermedades de la sangre:** hemofilia, anemia falciforme, linfomas, leucemias · **Enfermedades del aparato locomotor:** trastornos degenerativos y traumáticos en grandes articulaciones · **Otras:** trasplantes, virus de la hepatitis B o C.

El declarante autoriza expresamente a SegurCaixa Adeslas 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. Así mismo, en caso de haber tenido alguna enfermedad, autoriza a la compañía a ponerse en contacto con los facultativos intervinientes.

SegurCaixa Adeslas podrá resolver la póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al realizar la declaración.

Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de la declaración, SegurCaixa Adeslas queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, como responsable del tratamiento, tratará los datos personales facilitados para llevar a cabo la valoración del riesgo de conformidad con lo previsto en la Ley de Contrato de Seguro. Los datos facilitados no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la valoración del riesgo. Puedes consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas, y especialmente sobre cómo ejercer tus derechos de acceso, rectificación, supresión y otros, en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos

Fecha: ____ / ____ / _____

Firma del asegurado: _____

SegurCaixa Adeslas, S. A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.