

CUESTIONARIO DE SALUD

Asegurado:.....

Cumplimente todas las preguntas mediante un círculo en la respuesta correspondiente

PESO kilogramos

ESTATURA centímetros

1. ¿Ha sentido dolor de cabeza, articular, muscular u otros, cansancio, pérdida de peso, mareos, náuseas, depresión/ansiedad, fiebre o algún otro síntoma en los últimos 6 meses? Sí / No

En caso afirmativo indique cuándo y cómo se manifestaron

.....

2. ¿Ha ido al médico/facultativo en los 6 últimos meses? Sí / No

En caso afirmativo indique el motivo

.....

3. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o lo será próximamente? Sí / No

En caso afirmativo indique tipo de intervención

.....

4. ¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?: Alergias, Enf. Cardiovasculares (Infarto, Angina de pecho, Varices), Enf. Endocrinas (Diabetes, Bocio, Gota), Enf. Digestivas (Úlcera, Hernia de hiato, inguinal o crural), Enf. Hepáticas (Hepatitis, Cirrosis, Cólicos biliares), Enf. Genitourinarias (Cólicos renales, Histerectomía), Enf. Neurológicas (Embolia, Epilepsia, Meningitis, Parálisis, Desórdenes mentales), Enf. Respiratorias (Asma, Bronquitis, Neumonía, Tuberculosis), Enf. Huesos/Músculos (Hernia discal, Reumatismo, Artrosis), Tumores, Enfermedades de la piel u otras no mencionadas. Sí / No

Patologías

.....

Fechas

.....

6. ¿Está o ha estado bajo dependencia o en tratamiento por alcoholismo o drogadicción? Sí / No

7. ¿Algún familiar directo (padres, hijos, hermanos, etc.) padece alguna enfermedad hereditaria? Sí / No

8. ¿Padece las consecuencias de un accidente o sufre algún defecto físico o déficit funcional?. Describese detalladamente: Pérdida (o pérdida de uso) de un miembro (pierna, brazo, mano, pie), de dedos o de un ojo, mutilación grave de un brazo o de una pierna, anquilosis de las articulaciones de la cadera, de la rodilla o del pie, sordera, miopía (cuando el Asegurado sufra miopía, deberá indicarse el número de dioptrías), etc. Sí / No

¿Cuál?

.....

9. ¿Tiene algún seguro de Vida o Accidentes con MGS o en otra entidad aseguradora?.

Sí / No

Indique entidad, capital y en caso de MGS, número de póliza.

.....
.....

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos. Finalidades: Gestión de los contratos de seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones. Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual. Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito. Legitimación: Consentimiento contractual. Interés legítimo del responsable del tratamiento. Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Destinatarios: En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros. Derechos: A acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento. Procedencia: En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento. Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada en el apartado Protección de Datos de nuestra página web www.mgs.es.

En, a las horas del de de

El Asegurado

(en caso de ser menor de edad debe firmar también el padre o tutor)

Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el Asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.

CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA COBERTURA DE INFARTO

Asegurado:.....

Cumplimente todas las preguntas mediante un círculo en la respuesta correspondiente

¿ Ha contratado la cobertura de Infarto? Sí / No

Tensión arterial habitual Máxima

Tensión arterial habitual Mínima

1. ¿Existen en su familia antecedentes de alguna de las siguientes enfermedades?

- No
- Infarto
- Angina de pecho
- Varices
- Afecciones del sistema circulatorio
- Hipertensión sanguínea

2. ¿Fuma Usted? Sí / No

Indique la cantidad diaria de cigarrillos, puros y/o pipas

3. ¿Consume Usted bebidas alcohólicas? Sí / No

¿Cuáles?

.....

Cantidad diaria

.....

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos. Finalidades: Gestión de los contratos de seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones. Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual. Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito. Legitimación: Consentimiento contractual. Interés legítimo del responsable del tratamiento. Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Destinatarios: En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros. Derechos: A acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento. Procedencia: En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento. Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada en el apartado Protección de Datos de nuestra página web www.mgs.es.

En, a las horas del de de

El Asegurado

(en caso de ser menor de edad debe firmar también el padre o tutor)

Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el Asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.