

CUESTIONARIO DE SALUD

Asegurado:.....

Cumplimente todas las preguntas mediante un círculo en la respuesta correspondiente

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. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad? Sí / No

En caso de respuesta afirmativa, señale la patología a la que se refiere

- Alergias
- Enf. Cardiovasculares (infarto, angina de pecho, varices)
- Enfermedades de la piel
- Enf. Digestivas (Úlcera, hernia de hiato, inguinal o crural)
- Enf. Endocrinas (Diabetes, bocio, gota)
- Enf. Genitourinarias (Cólicos renales, histerectomía, insuficiencia renal)
- Enf. Hepáticas (Hepatitis, cirrosis, cólicos biliares)
- Enf. Huesos/Músculos (Hernia discal, reumatismo, artrosis, osteoporosis, lesiones rodilla y menisco)
- Enf. Neurológicas (Embolia, epilepsia, meningitis, parálisis, desórdenes mentales)
- Enf. Respiratorias (Asma, bronquitis, neumonía, tuberculosis)
- Hipertensión arterial
- Tumores
- Enfermedades o defectos oftalmológicos
- Enfermedades o defectos de la nariz
- Otras no mencionadas

Por cada patología, indique fecha, diagnóstico y tratamiento

.....
.....

4. ¿Consume de forma habitual o permanente medicamentos, drogas, bebidas alcohólicas o tabaco? Sí / No

En caso afirmativo, indique tipo y cantidad

.....
.....

5. ¿Ha sido tratado alguna vez en hospital o clínica por enfermedad, intervención quirúrgica o accidente? Sí / No

En caso afirmativo, indique fecha, diagnóstico y consecuencias

.....
.....

6. ¿Es usted mujer y ha tenido algún embarazo? Sí / No

¿Cuántos?

¿Cuántos partos?

8. ¿Está pendiente de efectuarse algún estudio diagnóstico, tratamiento concreto o intervención quirúrgica? Sí / No

¿Cuál?

.....
.....

9. Indique su peso KG.

10. Indique su talla CM.

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.