

CUESTIONARIO DE SALUD

Asegurado:.....

Cumplimente todas las preguntas mediante un círculo en la respuesta correspondiente

PESO kilogramos

ESTATURA centímetros

Tensión arterial habitual Máxima

Tensión arterial habitual Mínima

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?. Descríbase 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.