

(A efectos exclusivos de la propuesta de formalización de una póliza de ASISA SALUD o ASISA HOSPITALIZACIÓN con ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S. A.)

N.º Propuesta de póliza

Nombre y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado: _____ N° hijos: _____

Domicilio: _____ Código Postal: _____

Población: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ D.N.I.: _____

¿Cuántos miembros de su familia tienen póliza de Asistencia Sanitaria con ASISA? _____

¿Tienen otras pólizas de ASISA? _____ ¿Cuáles? _____

Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual? _____

¿Cómo definiría su estado de salud actual? Muy Bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Tiene Seguridad Social? _____ Si su Médico de Familia pertenece a ASISA ¿nos puede decir su nombre? _____

Médico _____

Declaración de Salud

Hábitos	SI	NO		SI	NO
Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigue alguna Medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Visita al dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veces/año		
¿Cuánto pesa? _____ Kg			¿Cuánto mide? _____		
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular, ...?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realice una breve explicación sobre las respuestas contestadas afirmativamente:

Intervenciones quirúrgicas SI NO

¿Ha sido operado alguna vez?

Año	Tipo de operación	Secuelas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ingresos médicos SI NO

¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad y/o accidentes?

Año	Enfermedad o proceso	Días de Ingreso
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Padece alguno de los siguientes procesos médicos o enfermedades?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. mental/nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina/infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Oseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. ginecol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portador del virus V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma-Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado

Describa aquí las pruebas y análisis que se ha realizado últimamente

¿Ha tenido embarazos?

¿Cuántos?

¿Hijos nacidos vivos?

¿Abortos?

¿Cuántos?

¿Cesáreas?

¿Cuántas?

... ¿Está embarazada?

Espacio reservado para asesoría médica

Médico Valorador

Adm. Producción

1.- Informes Médicos que debe aportar para la contratación

2.- Factores de Riesgo de la Póliza

Revisión Póliza

Coste Póliza

ASISA elude la responsabilidad asistencial para las afecciones o secuelas que el asegurado ya tuviese contraídas al formular la Póliza aunque hayan sido omitidas en la contratación.

El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad ASISA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, 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 200 _____

Fdo. D.: _____

En nombre propio.

D.N.I.: _____

Como contratante de la póliza, o familiar mayor de edad.

El Titular queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S. A., para recabar y tratar automatizadamente en un Fichero del que es Responsable, los datos recogidos en el formulario -cuya cumplimentación es necesaria para adquirir la condición de asegurado de ASISA- y los que se obtengan como consecuencia de la relación jurídica establecida entre el Titular y ASISA (incluidos, en su caso, datos de salud), con la única finalidad del mantenimiento, desarrollo o control de la relación jurídica entre el Titular y ASISA.

Asimismo el Titular consiente de forma expresa -únicamente cuando responda a la citada finalidad- la cesión de dichos datos (incluidos, en su caso, datos de salud) a entidades colaboradoras de ASISA.

Esta entidad dispone de mi autorización para remitirme información sobre bienes o servicios de ASISA cuya contratación pueda ser de mi interés.

El Titular podrá denegar el consentimiento anteriormente facilitado, así como ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos recogidos en el Fichero, de acuerdo a la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose para ello a la C/ Juan Ignacio Luca de Tena, 10. Madrid 28027.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, en _____, a _____ de _____ de 200 _____

Fdo.: D/ña.

N.º Póliza