

## Declaración de salud

### ASEGURADO

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hombre Mujer

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Tensión Arterial: \_\_\_\_\_

¿Fuma? Sí No ¿Bebe alcohol? Sí No ¿Tiene seguridad social? Sí No

Realice una breve descripción sobre las respuestas afirmativas indicando el tipo y cantidad consumida:

1. ¿Padece usted alguna enfermedad en la actualidad? Si No  
Explíquelo en caso afirmativo

2. ¿Presenta algún síntoma o dolor no diagnosticado? Si No  
Explíquelo en caso afirmativo

3. ¿Se encuentra actualmente bajo control médico? Si No  
En caso afirmativo indique las causas

4. ¿Toma usted alguna medicación? Si No  
En caso afirmativo indique el nombre, dosis, motivos y que especialista la controla

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

En caso afirmativo indique la fecha de diagnóstico y consecuencias (No es necesario reflejar las intervenciones o procesos descritos a continuación, salvo que presente secuelas o complicaciones: operación de anginas, vegetaciones, apendicectomía, parto, cesárea, legrado, fimosis, vasectomía, ligadura de trompas, quistes sebáceos, lipomas, extracción de cordales, pequeñas cirugías oftalmológicas, etc.).

6. ¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, minusvalía, incapacidad o alteración congénita, tiene secuelas? Si No

7. ¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente? Si No  
Explíquelo en caso afirmativo e indique las secuelas si las hay

8. ¿Ha realizado en los últimos cinco años alguna prueba diagnóstica o terapéutica (Scanner, Resonancia Magnética Nuclear, Ecografías, Colonoscopias, Gastroskopias, Gammagrafías, Holter, Doppler etc.)? Si No  
Explique el motivo en caso afirmativo

9. ¿Ha realizado algún tratamiento rehabilitador en los últimos cinco años? En caso afirmativo indique cual y el motivo. Si No

10. ¿Tiene pendiente la realización de alguna prueba diagnóstica, terapéutica, tratamiento rehabilitador, ingreso hospitalario o intervención quirúrgica? Explíquelo en caso afirmativo Si No

11. ¿Padece o ha padecido de alguna alteración o trastorno psiquiátrico o psicológico? Explíquelo en caso afirmativo Si No

12. ¿Se encuentra en estado de gestación? Si No

### INFORMACIÓN PARA EL TOMADOR/ASEGURADO

#### Cláusula de información y consentimiento en materia de LOPD

El responsable del tratamiento de sus datos es SALUS ASISTENCIA SANITARIA, S.A. DE SEGUROS. Sus datos serán tratados con la finalidad de realizar la gestión y tramitación de seguros, prestar la asistencia sanitaria derivada de los mismos, así como la de llevar a cabo las gestiones de carácter contractual de la aseguradora con sus Clientes / Tomadores / Asegurados. A los fines indicados, y para el mejor cumplimiento y gestión de nuestros servicios, el tomador y/o beneficiario otorga, de manera libre y voluntaria, su consentimiento expreso para el tratamiento y conservación de los datos por él facilitados. El responsable del tratamiento de sus datos es SALUS ASISTENCIA SANITARIA, S.A. DE SEGUROS. Sus datos serán tratados con la finalidad de realizar la gestión y tramitación de seguros, prestar la asistencia sanitaria derivada de los mismos, así como la de llevar a cabo las gestiones de carácter contractual de la aseguradora con sus Clientes / Tomadores / Asegurados. A los fines indicados, y para el mejor cumplimiento y gestión de nuestros servicios, el tomador y/o beneficiario otorga, de manera libre y voluntaria, su consentimiento expreso para el tratamiento y conservación de los datos por él facilitados. Con el fin de poder realizar su seguro, se le informa que se podrán ceder sus datos a otras aseguradoras con motivo del coaseguro o reaseguro del riesgo.

El beneficiario autoriza a la aseguradora para requerir de profesionales sanitarios, clínicas y hospitales que faciliten sus datos personales y concretamente los datos de salud, para la valoración de los riesgos a cubrir, prevención del fraude, atención de reclamaciones, gestión del seguro contratado y ofrecimiento de los servicios asistenciales.

La legitimación para el uso de sus datos está basada en la ejecución de un contrato. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Los datos serán destruidos una vez comunique su baja y/o finalizados los períodos legales de conservación, siendo en este caso un plazo de 10 años. No se llevarán a cabo transferencias internacionales de datos.

La aseguradora se compromete a guardar confidencialidad de los datos de carácter personal facilitados y a mantener las medidas técnicas y organizativas exigidas por la normativa de protección de datos, para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, sin perjuicio de que dichos datos, o el acceso al fichero que los contiene, puedan ser facilitados a aquellos órganos o entidades que, en virtud de una disposición legal, así lo exijan.

El tomador y/o beneficiario responderá, en cualquier caso, de la veracidad de los datos facilitados, reservándose la aseguradora el derecho a excluir de los servicios prestados a todo aquel que haya facilitado datos falsos o inexactos, sin perjuicio de las demás acciones legales que pudieran proceder.

Los datos objeto de tratamiento son necesarios para las finalidades indicadas, en cuyo caso no sería posible la prestación de nuestros servicios. En caso de oposición al tratamiento y/o cesión no podrá llevarse a cabo la contratación del seguro y la prestación del servicio. Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad o limitación del tratamiento, dirigiéndose a SALUS ASISTENCIA SANITARIA S.A. DE SEGUROS en la siguiente dirección: Calle Posada Herrera 1 Bis 1º OVIEDO 33002 ASTURIAS o en el correo electrónico [protecciondatos@salus-seguros.com](mailto:protecciondatos@salus-seguros.com). Asimismo Ud. Puede revocar el consentimiento prestado dirigiendo un escrito a la dirección anteriormente indicada. Igualmente, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos si considera que sus derechos han sido vulnerados. Puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos escribiendo a [dpdasturias@prodat.es](mailto:dpdasturias@prodat.es). Para resto de finalidades se recaba el consentimiento expreso.

### COMUNICACIONES

Envío de comunicaciones publicitarias a través de diferentes medios (sms, correo electrónico, ordinario u otros equivalentes) en donde le informaremos de servicios ofertados por nuestra compañía. Si No

Envío de comunicaciones publicitarias personalizadas a través de diferentes medios (sms, correo electrónico, ordinario u otros equivalentes) en donde le informaremos de servicios ofertados por nuestra compañía. Si No

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado: EL ASEGURADO EL TOMADOR (sólo en caso de asegurados menores de edad)