

Datos del Asegurado

Este cuestionario es absolutamente confidencial. Puede entregarlo en un sobre para ser revisado exclusivamente por nuestros servicios médicos.

Número Solicitud	<input type="text"/>	Número Asegurado	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
(R.D. 338/1990) N.I.F	<input type="text"/>	Nombre y Apellidos	<input type="text"/>						
Profesión	<input type="text"/>		Peso	<input type="text"/>	Kg.	Estatura	<input type="text"/>	cm.	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M

Declaración de estado de salud

Complimente esta declaración de forma exacta y completa, contestando a todas las preguntas para cada Asegurado:

- ¿Tiene Vd. síntomas, signos o molestias que le puedan hacer pensar que Vd. está enfermo? En caso afirmativo, especifíquelos.
Sí No
- ¿Tiene Vd. síntomas, signos o molestias que le puedan hacer pensar que Vd. necesita acudir al médico o recibir asistencia sanitaria? En caso afirmativo, especifíquelos.
Sí No
- ¿Es Vd. fumador? En caso afirmativo ¿cuántos cigarrillos fuma?
Sí No
- ¿Consume Vd. bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, especifique cantidad.
Sí No
- ¿Consume o tiene Vd. adicción a drogas? En caso afirmativo, especifique cuál y cantidad.
Sí No
- ¿Practica algún deporte? En caso afirmativo, especifique cuál.
Sí No
- ¿Padece Vd. alguna enfermedad actualmente? En caso afirmativo, indique cuál, desde cuándo la padece y cómo la trata.
Sí No
- ¿Padece Vd. alguna enfermedad que conlleve o pueda conllevar la necesidad actual o futura de acudir al médico o recibir asistencia sanitaria? En caso afirmativo, indique cuál, y en su caso desde cuándo y cómo la trata.
Sí No
- ¿Padece Vd. alguna enfermedad congénita? En caso afirmativo, indique cuál y cómo la trata.
Sí No
- ¿Tiene Vd. alguna invalidez o deformidad? En caso afirmativo indique cuál, desde cuándo la padece y en caso de que precise tratamiento indíquelo.
Sí No
- ¿Ha padecido Vd. algún accidente o traumatismo? En caso afirmativo indique cuál, cuándo lo padeció. Si tiene secuelas o necesita tratamiento especifíquelos.
Sí No
- ¿Ha sido Vd. intervenido en alguna ocasión? En caso afirmativo indique cuál, fecha, si tiene secuelas o si necesita tratamiento.
Sí No

13. ¿Ha sido Vd. hospitalizado en alguna ocasión? En caso afirmativo indique el motivo y fecha.

Sí No

14. ¿Toma Vd. algún medicamento en la actualidad? En caso afirmativo especifique cuál, el motivo y desde cuándo.

Sí No

15. ¿Sigue Vd. o es conocedor de que deberá seguir algún tratamiento? En caso afirmativo especifique cuál, el motivo y desde cuándo.

Sí No

16. ¿Tiene indicada Vd. la conveniencia de recibir atenciones médicas o de hacerse algún tratamiento o alguna intervención en la actualidad?

Sí No

17. ¿Padece Vd.?:

Hipertensión Arterial	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Serología positiva para V.I.H.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Molestias prostáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Stress	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Antecedentes Psiquiátricos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Colesterol elevado en sangre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	(Depresión, Ansiedad)		

18. ¿Ha padecido Vd. alguna enfermedad grave durante los últimos cinco (5) años, o que haya motivado su hospitalización o intervención quirúrgica o un tratamiento superior a 6 meses? En caso afirmativo, indique cuál.

Sí No

19. Indíquenos las fechas de las últimas asistencias médicas que ha recibido, a qué especialidad correspondieron y el diagnóstico o tratamiento propuesto tras las mismas.

Fecha asistencia	Especialidad	Diagnóstico o tratamiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20. Además de las cuestiones anteriores, por favor, indíquenos si desea aportar alguna otra información relacionada con su petición de aseguramiento.

Declaración del Asegurado

DECLARO: Que todas las respuestas anteriores, son exactas, completas y verdaderas, quedando enterado de que toda inexactitud, omisión o falta de veracidad tendrá como consecuencia la nulidad de la Póliza de Seguro y la pérdida de todos los derechos otorgados por ésta, siempre que las mismas influyan en la estimación del riesgo de conformidad con el artículo 10 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro. Asimismo, autorizo a todo médico, hospital u otra institución o persona a que, dentro de los límites legales, faciliten a Aegon España, S.A.U. de Seguros y Reaseguros o su representante información sobre mi estado de salud.

El Tomador y/o Asegurado han sido informados de que los datos personales (incluyendo, en su caso, datos de salud) facilitados en este documento; los incorporados a cualquier otro documento suscrito con Aegon España S.A. de Seguros y Reaseguros (Aegon); los que se generen como consecuencia de la ejecución y desarrollo del contrato, así como cualesquiera otros facilitados con ocasión de cualquier otra interacción con Aegon serán tratados bajo la responsabilidad de Aegon -incorporándose a ficheros de su titularidad-. Asimismo el Tomador y/o Asegurado han sido informados de que sus datos personales podrán ser cedidos entre Aegon y los médicos, profesionales sanitarios, hospitales y otros centros o establecimientos sanitarios que le/s asista/n pudiendo Aegon obtener de los mismos información, relacionada con su salud y con los tratamientos sanitarios cubiertos por el Seguro, con la finalidad de gestionar cualquier acto o siniestro asegurado así como con finalidades de facturación de la asistencia sanitaria.

El Tomador y/o Asegurado son informados y autorizan expresamente el tratamiento de sus datos para la gestión de la Solicitud de Seguro y la celebración, desarrollo, control y mejora de las relaciones contractuales con Aegon, incluyendo la realización de encuestas de satisfacción; el cumplimiento de obligaciones legales; la detección, prevención y lucha contra el fraude; por razones de coaseguro o Reaseguro; la realización de análisis estadísticos; así como de estudios sobre el perfil de quien utiliza nuestros productos y servicios y de las características de tal utilización. Asimismo, el Tomador y/o Asegurado consienten que sus datos personales puedan ser cedidos (en su totalidad o en parte) a otras entidades aseguradoras por razones de coaseguro o Reaseguro; y la prevención y lucha contra el fraude.

Adicionalmente, el Tomador y/o Asegurado quedan informados y autorizan expresamente el tratamiento de sus datos (excluidos los de salud) para el desarrollo por Aegon de acciones comerciales, promocionales o publicitarias, que podrán ser personalizadas mediante la realización de una segmentación de sus datos personales, incluso por medios electrónicos, incluyendo ofertas sobre productos y servicios del sector asegurador (incluidos productos de ramos de Seguro distintas de las contratadas o productos comercializados y servicios prestados por terceros pertenecientes al grupo de empresas al que pertenece Aegon), el envío de felicitaciones (de navidad, cumpleaños, etc.) o la realización de sorteos. Asimismo, el Tomador y/o Asegurado autorizan a Aegon la comunicación de sus datos personales para estos mismos fines comerciales, promocionales o publicitarios a las sociedades del Grupo Aegon cuya identificación, domicilio y actividad se encuentra disponible en la página web www.aegon.es.

En el caso de cesiones posteriores (para los mismos fines y sectores) a favor de otras sociedades, las partes convienen que Aegon comunicará al interesado la identidad y domicilio de éstas (remitiendo la comunicación al domicilio de contacto facilitado por el Tomador y/o Asegurado).

Le informamos del derecho que asiste a Aegon para consultar y obtener información sobre su persona procedente de ficheros de información sobre solvencia patrimonial y crédito. El titular de los datos personales podrá dirigir sus solicitudes de acceso, rectificación, cancelación y oposición, respecto de sus datos personales, por escrito mediante carta dirigida al domicilio social de Aegon en C/Príncipe de Vergara 156, 28002 (Madrid), indicando "LOPD" e incluyendo una copia de su DNI o documento oficial acreditativo de su identidad.

El Tomador y/o Asegurado pueden manifestar su negativa a la comunicación y tratamiento de sus datos para fines distintos a los relacionados con la gestión de la Solicitud de Seguro y/o con el desarrollo de la relación que, en su caso, pueda mantener con Aegon, señalando la casilla que corresponda:

- Las partes convienen que los datos personales del Tomador y/o Asegurado no serán objeto de cesión a terceras sociedades con fines comerciales, promocionales o publicitarios.
 Las partes convienen que los datos personales del Tomador y/o Asegurado no sean utilizados por Aegon para la oferta y contratación de otros productos del sector asegurador, ni para acciones promocionales o publicitarias incluso por medios electrónicos, la segmentación de sus datos personales y elaboración de perfiles, el envío de felicitaciones (de navidad, cumpleaños, etc.) o la realización de sorteos.

En caso de que el Tomador haya facilitado datos personales de terceros para la contratación del Seguro, debe haberles informado de lo previsto en este documento y obtenido previamente su consentimiento, responsabilizándose de las consecuencias que se deriven del incumplimiento de esta obligación.

Hecho en _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma del Asegurado

Firma del Tomador