



DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA
STATEMENT OF MEDICAL ASSISTANCE INSURANCE STATE OF HEALTH

IMPORTANTE: CONTESTAR A TODAS LAS PREGUNTAS
IMPORTANT: ANSWER ALL THE QUESTIONS

El solicitante-Tomador de este seguro facilita por sí mismo y juntamente con el futuro asegurado en su caso, las respuestas al siguiente cuestionario que servirán de base para formalizar un Contrato de Seguro y quedan enterados de que la reserva o inexactitud puede dar lugar a la pérdida del derecho a la indemnización o prestación.

The applicant-holder of this insurance will provide by themselves and together with the future insured if applicable, the answers to the following questionnaire which will form the basis to formalize an Insurance Contract. The absence or inaccuracy may generate the loss of the right to the compensation, indemnification or benefit.

Nombre y Apellidos / Name and Last Name _____

ANTECEDENTES PERSONALES / PERSONAL RECORD

Edad/Age: _____ Años/ years Sexo/ Gender: _____ Peso/ Weight: _____ kgs. Altura /Height: _____ cm.

Tensión arterial/ Arterial Pressure: _____ / _____ IMC/ BMI _____

Si fuma, indique la cantidad diaria/ If you smoke, indicate the daily amount:

No Si/Yes: _____

Si consume bebidas alcohólicas, indique la cantidad diaria/ If you consume alcoholic drinks, indicate the daily amount:

No Si/Yes: _____

¿Tiene alguna anomalía congénita o adquirida? / Do you have any congenital or acquired anomaly?

No Si/Yes: _____

Si practica algún deporte, indique cuáles y con qué frecuencia/ If you practise any sport, indicate which one/ones and the frequency:

No Si/Yes: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS /PATHOLOGICAL RECORD

En caso de que haya sido afectado/a por una de las siguientes enfermedades, indíquenos la enfermedad y la fecha en que la padeció.
In case you have suffered from any of the following diseases, indicate the disease and when you suffered it

1.- Trastornos del aparato digestivo (hígado, vesícula biliar, intestinales)/ Digestive system disorders (liver, gallbladder, intestines)

No Si/Yes: _____

2.- Enfermedades cardíacas (infartos, ...) / Heart diseases (heart attack, ...)

No Si/Yes: _____

3.- Enfermedades del aparato circulatorio (varices, hipertensión, accidente vascular cerebral, ...)/Circulatory system diseases (varices, hypertension, cerebral vascular accident...)

No Si/Yes: _____

4.- Enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios...)/Respiratory diseases (lung, pleura, bronchus...)

No Si/Yes: _____

5.- Procesos infecciosos o parasitarios / Infectious or parasitical procedures:

No Si/Yes : _____

6.- Afectaciones óseas (columna vertebral, extremidades inferiores y superiores) / Bony affectations (spinal column, upper and lower extremities):

No Si/Yes: _____

7.- Procesos endocrinos (diabetes, trastornos glandulares) /Endocrine procedures (diabetes, glandular disorders)

No Si/Yes: _____

8.- Alteraciones del sistema nervioso (epilepsia,...)/ Nervous system disorders (epilepsy,...)

No Si/Yes: _____

9.- Alteraciones de la sangre (anemia, hemofilia)/ Blood disorders (anemia, hemophilia)

No Si/Yes: _____

10.- Alteraciones psiquiátricas (depresión)/ Psychiatric disorders (depression)

No Si/Yes: _____

11.- Enfermedades renales (riñón, vejiga, próstata) / Renal diseases (kidney, bladder, prostate)

No Si/Yes: _____

12.- S.I.D.A. y/o alteraciones inmunológicas / A.I.D.S. and/or immunological alterations:

No Si/Yes: _____

13.- Alguna afección todavía no nombrada (dermatológica: Melanoma, cáncer de piel, alergia; oftalmológica: catarata, alteraciones de la retina; otorrinolaringológica; dental; prótesis,...)/Any disease not mentioned yet (dermatological: melanoma, skin cancer, allergy, ophthalmological: cataract, retinal alterations, otolryngolocical, dental, prosthesis,...)

No Si/Yes: _____

14.- Ha sido intervenido/a quirúrgicamente u hospitalizado, díganos el motivo y cuándo se efectuó / If you have been surgically intervened or hospitalized, indicate why and when:

No Si/Yes: _____

15.-¿Ha sufrido artritis, reumatismo, artrosis o ha realizado rehabilitación o fisioterapia?/ Have you suffered from arthritis, rheumatism, osteoarthritis or have you done rehabilitation or physiotherapy?

No Si/Yes: _____

16.- Si ha tenido algún accidente indique cuál y en qué fecha / If you have had any accident indicate which one and when:

No Si/Yes: _____

¿Con qué lesiones? / With which injuries?

¿Le ha dejado secuelas? / Do you have sequelae?

ESTADO ACTUAL / CURRENT STATUS

Si en la actualidad está bajo tratamiento médico, (indíquenos motivo y fármacos) o pendiente de hospitalización o intervención quirúrgica / If you are currently under medical treatment (indicate cause and drugs) or waiting for hospitalization or surgical intervention:

No Si/Yes: _____

¿Se halla en estado de gestación? / Are you pregnant?

No Si/Yes: _____

Observaciones/Observations: _____

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por la entidad aseguradora, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a AME Asistencia Médica. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

El solicitante y la persona que se desea asegurar manifiestan que las declaraciones contenidas en este cuestionario, que ha de servir de base para emitir la correspondiente póliza, son en todo exactas y veraces.

According to the "Ley Orgánica 15/1999" law enforcement, of the Personal Character and Data Protection, and with the purpose of accomplishing, developing, controlling and executing the sanitary provision guaranteed in the Insurance contract, the insured accepts expressly the informatic treatment of their data by the Insurance company, as the exchange of the same data between the Insurance company and the doctors, sanitary and medical centres, hospitals or other institutions or people. The data must be suitable, relevant and non excessive for the purpose previously expressed in relation to the Insurance contract's law, which obligates the insured to inform the insurer of the causes that motivate the provision to request the sanitary services providers the information mentioned before for the purpose accomplishment in relation to their health and the sanitary treatment they are receiving.

To exercise de rights of accés, rectification, cancelation and opposition of the data must be adressed to AME Medical Assistance. In case of the opposition to the data treatment and cession, the policy benefits will not be able to become efective during the time the previous opposition lasts, because the insurance company lacks of the necessary data to estimate the indemnification and other purposes established in the Insurance Contract.

The applicant and the person they want to insure manifest the statements contained in this questionay, which have to form the basis to issue the corresponding policy, are totally accured and truthful.

_____ a _____ de _____ de _____

EL DECLARANTE/ THE DECLARANT

EL SOLICITANTE/ THE APPLICANT

EL AGENTE /THE AGENT