

Datos personales

Apellidos _____

Nombre _____ NIF _____

Domicilio _____

Población _____ CP _____ Provincia _____

Teléfono móvil _____ Otro teléfono _____ E-mail _____

Fecha de nacimiento _____ Profesión _____

Sexo H M Peso _____ kg Estatura _____ cm ¿Fumador? Sí No

Datos del Titular (Tomador del Seguro)

Nombre del Titular _____ NIF _____

Historia médica

¿Has recibido tratamiento médico o has sido diagnosticado de alguna de las patologías/enfermedades siguientes? Si la respuesta es afirmativa, marca con una "X" la casilla correspondiente y utiliza el espacio "AMPLIAR" para ampliar la respuesta marcada. Debes aportar cualquier informe médico que obre en tu poder, con el fin de evaluar el riesgo asegurado y agilizar los trámites de la eventual alta en el seguro.

Cardiovascular	Traumatología	Aparato digestivo	Enfermedad neurológica
Arritmia	Artritis reumatoide	Problemas intestinales	Epilepsia
Infarto/Angina de pecho	Patología de columna/rodilla	Problemas gástricos	Parálisis
Transtorno circulatorio (venoso)	Otros	Hígado	Acc. cerebrovascular (Trombosis)
Dolor torácico sin especificar		Otros	Otros
Hipertensión arterial			
Colesterol alto (>200mg/dl)			
Otros			

Otras Patologías*	Enfermedad génito-urinaria	Endocrinológica	Enfermedad broncopulmonar	Tratamiento psiquiátrico
Pólipos	Enfermedad renal	Diabetes	Tuberculosis	Antidepresivos/ ansiolíticos
Tumor / Cáncer	Patología mamaria	Tiroides	Neumotórax	Abuso de Alcohol/ drogas
Otros	Patología uterina/ovarios	Otros	Asma / Enfisema	Otros
	Otros		Dificultad respiratoria	
			Otros	

Marca lo que proceda con una "X"

¿Has cumplimentado con anterioridad algún cuestionario de Cigna Healthcare?	Sí	No
¿Estás o has estado asegurado en un seguro de Salud Cigna?	Sí	No
¿Has sido intervenido o estás pendiente de alguna intervención quirúrgica?	Sí	No
¿Has ingresado en algún centro médico para tratamiento, observación o realización de pruebas diagnósticas en los últimos 10 años?	Sí	No
¿Padeces algún trastorno inmunológico o enfermedad infecto-contagiosa?	Sí	No
¿Padeces alguna enfermedad infecciosa?	Sí	No
¿Estás en la actualidad tomando algún medicamento o tienes algún síntoma de enfermedad, dolor o molestia?	Sí	No
¿Estás en la actualidad realizando algún tratamiento médico o rehabilitación?	Sí	No
¿Padeces algún defecto congénito, alteración o enfermedad de cualquier tipo no mencionada anteriormente?	Sí	No

*De conformidad con la normativa vigente sobre el derecho al olvido oncológico, no será necesario declarar haber padecido cáncer si han transcurrido 5 años desde la finalización del tratamiento curativo sin recaída. No obstante, deberán declararse las patologías o secuelas existentes en la actualidad, con independencia de su origen.

Ampliar

Si has contestado afirmativamente a cualquier pregunta en el apartado "Historia Médica", debes completar esta tabla.

Descripción del proceso médico	Fecha de proceso	Tratamiento al que fuiste sometido	Secuelas	Situación actual del proceso

Importante: Es necesario aportar toda la información médica, así como informes y resultados de pruebas diagnósticas que tengan relación con las enfermedades/patologías declaradas en este cuestionario. La falta de estos documentos podría ocasionar retrasos en tu alta en el seguro. Igualmente, queda relevado del secreto profesional cualquier médico que hubiese reconocido o atendido al firmante de este documento de enfermedades/patologías mencionadas en el mismo, pudiendo informar a la compañía siempre que ésta lo requiera.

Otros comentarios

FIRMA del declarante (si es su representante legal, incluir su nombre y relación con el declarante)

En _____, a ____ de _____ 20____

Firma

Nombre representante legal y parentesco: _____

Veracidad

El abajo firmante declara que las respuestas y documentos que aporta (o que aportará en el futuro) son exactos y completos, y reconoce que sirven como presupuesto para la valoración del riesgo por Cigna. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración o sus anexos, el asegurado perderá el derecho a las prestaciones que estuviesen garantizadas, reservándose Cigna el derecho a rescindir la póliza.

Actualización de la información

El declarante se obliga a comunicar a Cigna cualquier circunstancia que pueda alterar o modificar las afirmaciones contenidas en el presente cuestionario de salud, los documentos adjuntos o la información facilitada con posterioridad durante la evaluación del riesgo, que pueda acaecer desde la fecha de la suscripción del mismo hasta la de alta, en su caso, como asegurado.

Cobertura

CIGNA SE RESERVA EL DERECHO de aceptar o rechazar o limitar la cobertura solicitada.

Protección de datos

Responsables del tratamiento: Los datos personales (incluyendo datos de salud) que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados faciliten directamente o a través de su mediador de seguros o de los profesionales médicos que atiendan a asegurados en la modalidad de Servicios Médicos Concertados, serán tratados por y bajo la responsabilidad de Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España ("Cigna").

Finalidad del tratamiento: Cigna trata los datos personales para formalizar y gestionar la póliza de seguro, cumplir con las obligaciones contractuales (incluido el tratamiento de datos de salud por parte de profesionales sanitarios cuando sea necesario para la prestación de servicios asistenciales), gestionar el coaseguro o el reaseguro, tramitar siniestros y prevenir y combatir el fraude. Cigna también trata datos personales para realizar análisis estadísticos y actuariales necesarios para la tarificación y selección de riesgos, así como para mejorar la calidad y eficiencia de sus servicios aseguradores.

Base jurídica del tratamiento: La base legal es la ejecución del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa aplicable.

Destinatarios: Los datos personales podrán ser compartidos con entidades del Grupo Cigna, aseguradoras, coaseguradoras y sistemas relevantes con fines relacionados con el seguro. Dicho tratamiento puede implicar transferencias internacionales de datos realizadas con las garantías adecuadas para asegurar una protección consistente.

Derechos: Si desea acceder, rectificar, suprimir o limitar el tratamiento de sus datos personales, oponerse a su tratamiento o ejercer su derecho de portabilidad, puede enviar una solicitud por escrito a la dirección del responsable del tratamiento: Parque Empresarial La Finca, Pº del Club Deportivo, 1 - Edificio I4 - Primera Planta, 28223, Pozuelo de Alarcón, Madrid. También puede llamar a Cigna al 900 101 348, o enviar un correo al DPO en CDPR@Cigna.com.

Le informamos que tiene derecho a recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de datos a través de su página web www.agpd.es. Para más información, consulte nuestra Política de Privacidad y Protección de Datos [aquí](https://www.cignasalud.es/privacidad-y-proteccion-de-datos) o en <https://www.cignasalud.es/privacidad-y-proteccion-de-datos>.

Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV - (S.E.) con domicilio social en Pozuelo de Alarcón (28223 Madrid), Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1, Edificio I4, Planta Primera. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 809, Folio 205, Sección 8ª, Hoja M-III84. Inscrita en la D.G.S.F.P. bajo el número E0133. N.I.F.: W-0021205J