

Cumplimentar un cuestionario por cada persona y remitir al **Fax: 91 418 49 43**, o alternativamente de forma escaneada a la dirección **administracion@cigna.com** en caso de ser el solicitante dependiente de un titular de la póliza, cumplimentar el nombre completo del titular en la sección "Otros comentarios".

RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA · LOS CAMPOS MARCADOS CON * SON OBLIGATORIOS.

DATOS PERSONALES

Nombre* _____ NIF* _____

Apellidos* _____

Sexo* H M Peso* kg. Estatura* cm. Fumador Sí No

Fecha de nacimiento* _____ Profesión / ocupación _____

Dirección* _____

Localidad _____ CP* _____ Provincia* _____

Teléfono móvil* _____ Otro teléfono _____ E-mail* _____

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
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Infarto/Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Patología de columna/rodilla	<input type="checkbox"/> Problemas gástricos	<input type="checkbox"/> Parálisis
<input type="checkbox"/> Trastorno circulatorio (venoso)	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Acc. cerebrovascular (Trombosis)
<input type="checkbox"/> Dolor torácico sin especificar		<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial			
<input type="checkbox"/> Colesterol alto (>200mg/dl)			
<input type="checkbox"/> Otros			

Otras patologías	Enfermedad génito-urinaria	Endocrinológica	Enfermedad broncopulmonar	Tratamiento psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Pólipos	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Antidepresivos/ ansiolíticos
<input type="checkbox"/> Tumor/Cáncer	<input type="checkbox"/> Patología mamaria	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Neumotórax	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/ drogas
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Patología uterina/ ovarios	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Asma/Enfisema	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	
			<input type="checkbox"/> Otros	

MARCA LO QUE PROCEDA CON "X"

¿Has cumplimentado con anterioridad algún cuestionario de Cigna? 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

¿Padece algún trastorno inmunológico o enfermedad infecto-contagiosa? Sí No

¿Te han detectado virus/anticuerpos VIH (SIDA) en alguna prueba? 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

¿Padece algún defecto congénito, alteración o enfermedad de cualquier tipo no mencionada anteriormente? Sí No

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

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, rechazar o limitar la cobertura solicitada. El abajo firmante conoce y acepta el contenido de las coberturas del seguro que va a contratar, con sus limitaciones y exclusiones (artículos 2, 3 y 4 de las Condiciones Generales), quedando expresamente excluidas (a título enunciativo y no limitativo y salvo pacto en contrario), entre otras enfermedades contempladas en el artículo 4, las enfermedades preexistentes, congénitas, cirugía plástica, reparadora y/o tratamientos estéticos así como los tratamientos no reconocidos por la Organización Médico Colegial (OMC).

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos de carácter personal que el solicitante/tomador del seguro y los asegurados facilitan a Cigna Life Insurance Company of Europe, SA/NV, Sucursal en España (Cigna) - 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 - antes y a lo largo de la relación aseguradora - se incluirán en ficheros de datos de carácter personal, cuyo titular y responsable es Cigna. Su tratamiento queda expresamente autorizado para los fines propios del seguro, así como su acceso y utilización por las personas que participan en su actividad aseguradora, incluyendo (en la modalidad de Servicios Médicos Concertados) a profesionales y centros que participen en la prestación de la asistencia sanitaria, entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las primas a través de cualquier medio de pago. Asimismo queda autorizado el tratamiento y cesión de datos necesarios para la prevención e investigación del fraude, así como su tratamiento para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por Cigna o sociedades de su mismo grupo (Cigna European Services (UK) Limited, Sucursal en España) a quienes les pueden ser cedidos. En particular, los datos personales serán utilizados para el envío de comunicaciones publicitarias, promocionales o de contenidos relacionados con la relación aseguradora, incluidas las comunicaciones comerciales electrónicas, a los efectos del artículo 21 de la Ley 34/2002, de Servicios de la Sociedad de la Información, y para la gestión de sus clientes por parte de Cigna, al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil y de realizar, en su caso, modelos valorativos, todo ello sin perjuicio del derecho del afectado de manifestar expresamente su negativa al tratamiento o la comunicación de sus datos personales no directamente relacionados con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual, en los términos señalados a continuación. Cigna le asegura que los datos personales que nos facilite serán tratados conforme a la normativa de protección de datos de carácter personal. Le señalamos igualmente que Cigna podría transferir sus datos únicamente para la mejor realización de la finalidad para la que usted nos los cede a entidades que colaboran con esta compañía que pueden estar ubicadas en lugares donde el nivel de protección de los datos personales no sea del todo equivalente al existente en la Unión Europea. Sepa que usted puede, siempre que lo desee, pedir el detalle de esas compañías colaboradoras. En cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en tales ficheros, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en la siguiente dirección: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1 -Edificio 14- Planta Baja, 28223, Pozuelo de Alarcón (Madrid) o en proteccion.datos@cigna.com. En caso de que se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del titular de los datos, el que facilite los datos se hace responsable de informarle de la inclusión de sus datos en los ficheros antes mencionados, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de Datos de Carácter Personal. En caso de rechazo de la solicitud de contratación, los datos se conservarán durante 5 años para prevención e investigación del fraude.

AVISO IMPORTANTE EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS: Si usted o sus familiares dependientes ha/n estado asegurado/s con Cigna en los últimos cinco (5) años previos a la suscripción de esta póliza, le informamos que para poder proceder al alta de su seguro y el de sus familiares dependientes es necesario el desbloqueo de los datos automatizados que pudieran continuar registrados a todos los efectos legales, en los sistemas informáticos de la compañía. De no consentir el desbloqueo de los datos, no se podrá proceder al alta en el seguro. Si cualquiera de los familiares dependientes fuera mayor de edad, este consentimiento deberá prestarlo en el cuestionario de salud.

FIRMA DEL DECLARANTE

(SI ES SU REPRESENTANTE LEGAL, INCLUIR SU NOMBRE Y RELACIÓN CON EL DECLARANTE)

Firma

En _____, a _____ de _____ de 201__