

Datos personales del ASEGURADO: Independientes para cada Asegurado.

N.º Póliza

Nombre y apellidos:

Sexo H M

Fec. Nacimiento: / /

Domicilio:

Población:

Código Postal:

Provincia:

N.I.F.:

Teléfono:

E-mail:

Cuestionario de Salud: Debe responder a todas las preguntas aunque tenga historial en Clínica Universidad de Navarra.

Si contesta **SÍ** a cualquiera de las preguntas, especifique en el cuadro de OBSERVACIONES: tipo enfermedad, fecha de inicio, tratamiento y estado actual. Si lo considera necesario para una mejor valoración de la patología por parte de nuestros Servicios Médicos puede aportar toda la información médica que tenga relación con las enfermedades/patologías declaradas en este cuestionario.

Peso kg Altura cm

	SÍ	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Está valorando la posibilidad o tiene pendiente una consulta para un diagnóstico, tratamiento o alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad neurológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad oncológica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Se ha realizado alguna prueba de predisposición genética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Está en lista de espera o es candidato a cualquier trasplante de órgano o de médula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Tiene historial en Clínica Universidad de Navarra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• En caso de tener historial, ¿autoriza a ACUNSA a consultar su historial médico en CUN como complemento a la información del presente cuestionario de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Información básica sobre Protección de Datos:

RESPONSABLE. Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros. (ACUNSA)

FINALIDAD. Valorar y delimitar el riesgo, estableciendo en su caso las condiciones médicas de aceptación de cada SOLICITANTE, gestionar y administrar la póliza, así como la obtención y/o acceso al historial clínico de cada solicitante.

LEGITIMACIÓN. Consentimiento expreso, la ejecución del contrato y el cumplimiento de obligaciones legales, según lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESTINATARIOS. La Entidad Aseguradora, con la misma finalidad de gestionar la póliza, podrá ceder total o parcialmente los datos personales facilitados a: El Tomador, Mediadores, otras entidades colaboradoras en la prestación de servicios, así como por razones de reaseguro y coaseguro, organismos públicos y Autoridades.

DERECHOS. Acceder, rectificar y portar los datos, limitar u oponerse al tratamiento, y retirar el consentimiento prestado, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

INFORMACIÓN ADICIONAL. Puede consultarse la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web:

www.acunsa.es/rgpd

La aceptación de esta cláusula sobre el tratamiento de datos de carácter personal es imprescindible para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El solicitante garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

Firmo el documento que he leído y acepto en su integridad, manifestando mi consentimiento inequívoco y expreso.

Firma del Solicitante* o Representante Legal:

DNI:

Fecha:

* En caso de ser menor de 18 años, este documento deberá ser firmado por la madre, padre, tutor o representante legal.