

IMPORTANTE

Si deseas contratar un seguro para afiliados a SITCPLA, no olvides pedir tu certificado de afiliación a info@sitcpla.es y adjuntarlo al resto de la documentación.

Número de póliza colectiva (si procede): _____

Tipo de producto: _____

CUESTIONARIO DE SALUD - ASISTENCIA SANITARIA

1. Datos personales

Nombre y apellidos: _____
 DNI: _____ Edad: _____ Nº Hijos: _____ Peso actual: _____ (kg) Altura: _____ (cm)
 Seguro de Salud previo (indicar compañía y producto): _____
Teléfono de contacto: _____

2. Intervenciones quirúrgicas ¿Ha sido operado alguna vez? **Sí** **No**

| Fecha | En caso afirmativo especifique intervención y patología | Secuelas |
|-------|---|----------|
| | | |
| | | |

3. Ingresos hospitalarios ¿Ha sido ingresado en algún centro hospitalario, por cualquier causa? **Sí** **No**

| Fecha | En caso afirmativo especifique motivo y patología | Días de ingreso |
|-------|---|-----------------|
| | | |
| | | |

4. Indique sus dos últimas visitas al médico

| Fecha | Motivo de la visita y valoración médica | Especialidad |
|-------|---|--------------|
| | | |
| | | |

5. Revisiones periódicas ¿Se ha hecho revisiones urológicas o ginecológicas recientemente? **Sí** **No**

6. Intervenciones quirúrgicas ¿Tiene pendiente realizarse alguna intervención quirúrgica? **Sí** **No**

| Fecha | En caso afirmativo indique qué intervención y/o patología |
|-------|---|
| | |
| | |

7. Pruebas diagnósticas y consultas médicas ¿Tiene pendiente de realizar alguna prueba diagnóstica o alguna consulta médica con el especialista? **Sí** **No**

| Fecha | En caso afirmativo indique cuál |
|-------|---------------------------------|
| | |
| | |

8. Indique si tiene diagnosticado ACTUALMENTE alguno/s de los siguientes trastornos o enfermedades

| | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Angina de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Litiasis (piedras) (3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de fertilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis (1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Miopía (4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernia de disco (2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cataratas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patología de la mama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Varices | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarto miocárdio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otras enfermedades (5) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(1) Hepatitis B Hepatitis C (2) Indique nivel: H. Cervical _____ H. Lumbar _____ H. Lumbosacra _____
 (3) De riñón (renal) De vesícula (biliar) (4) Número de dioptrías en cada ojo Izq.: _____ Dcho.: _____
 (5) Indique cuál/es:

Si usted tiene diagnosticado algún trastorno o enfermedad, describa su evolución y situación actual:

 En caso de tomar medicación, para cualquier trastorno, síntoma o enfermedad, indique cuál (en mayúsculas) y para qué:

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a este Cuestionario de Salud son veraces y completos. La firma de este documento, **acredita** el vínculo legal entre el tomador/asegurado y la Compañía Aseguradora, y es la base con la que Caser definirá el riesgo que está dispuesto a asumir en cada caso. Es por ello que la respuesta a todas y cada una de las cuestiones planteadas aportan una información veraz y con la mayor amplitud y exactitud posible. De acuerdo con el Artículo 10º de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose la Compañía la facultad de rescindir automáticamente la póliza. En los casos en los que los asegurados sean menores de edad o tengan algún tipo de discapacidad los cuestionarios podrán ser rellenados por sus padres/madres o tutores legales. Igualmente, el solicitante autoriza a cualquier médico que en el ejercicio de su profesión haya adquirido conocimientos o antecedentes de su estado de salud, a informar de los mismos a la Compañía, siempre que ésta lo requiera. El solicitante conoce y acepta que no serán cubiertas aquellas enfermedades existentes con anterioridad al primer día de vigencia de la póliza. De conformidad con la vigente normativa de protección de datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados, a cuyos efectos le facilitamos la información básica del tratamiento:

| | | |
|--|--|---|
| Responsable | CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.- CASER | |
| Finalidades principales y legitimación | Finalidades a. Formalización y cumplimiento del contrato de seguro o precontrato. b. Prevención del fraude | Legitimación a. Necesidad para la celebración de un contrato o precontrato b. Cumplimiento de obligaciones legales. |
| Otras finalidades adicionales y legitimación | Finalidades a. Elaboración de perfiles y envío de comunicaciones comerciales. | Legitimación a. Interés legítimo |
| Destinatarios | Entidades Reaseguradoras o Coaseguradoras. Sociedades del Grupo Caser. Entidades para la Prevención del Fraude. Administraciones Públicas | |
| Derechos | Acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad. | |
| Delegado de Protección de Datos: | Dirección Postal: Avda. de Burgos, 109 28050 - MADRID Correo Electrónico: dpgroupocaser@caser.es | |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional y detallada en nuestra página web: www.caser.es/proteccion-de-datos | |

Hecho y firmado en a / /

Firma

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

SEPA Direct Debit Mandate

Ref:

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza a **ROSILLO HERMANOS S.A.** a enviar instrucciones a su entidad para adeudar en su cuenta, y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de **ROSILLO HERMANOS S.A.**. Como parte de sus derechos, usted está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adudo en su cuenta.

By signing this mandate form, you authorise **ROSILLO HERMANOS S.A.** to send instructions to your bank to debit your account, and to your bank to debit your account in accordance with the instructions sent from **ROSILLO HERMANOS S.A.**. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Ciente / Customer

Nombre del deudor(es)/ Name of debtor(s)

Dirección / Address

Calle y número / Street name and number

Código postal / Postal code Ciudad / City País / Country

Persona en cuyo nombre se realiza el pago / Person on whose behalf payment is made

Número de cuenta/ Account number

Número de cuenta IBAN – IBAN account number

SWIFT BIC

Acreeedor/ Creditor

ROSILLO HERMANOS S.A.
Nombre del acreedor / Creditor's name

A-78022068
Identificador del acreedor

P^a CASTELLANA, 163 - 2^º DCHA.
Nombre de la calle y número / Street name and number

28046 **MADRID** **España**
Código postal / Postal code Ciudad / City País / Country

Tipo de pago

Tipo de pago / Payment type

Localidad / Location

Tipo de pago / Payment type Fecha / Date

Firma / Signature

Nota: En su entidad puede obtener información adicional sobre sus derechos relativos a esta orden de domiciliación.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in statement that you can obtain from your bank.