

CUESTIONARIO DE SALUD SIMPLIFICADO SEGURO DE DEPENDENCIA

DATOS PERSONALES

Nombre Apellido 1 Apellido 2

Fecha y lugar de nacimiento /..... /.....

Situación familiar: Soltero Casado/pareja de hecho Divorciado o separado Viudo

Situación profesional: En activo Jubilado/prejubilado (fecha) /..... /..... Otra situación

Indique: Estatura cm. Peso kg. Tensión arterial...../.....

¿Fuma Vd? Sí No Cantidad diaria de: cigarrillos puros pipas

¿Consumes Vd bebidas alcohólicas? Sí No ¿Cuáles?..... Cantidad diaria

Cada pregunta debe ser contestada obligatoriamente con SÍ o NO

Para las respuestas afirmativas se ruega aporten el cuestionario médico cumplimentado por su médico de cabecera

1 ¿Ha padecido Vd alguna enfermedad que precisara hospitalización, tratamiento cuidado médico superior a un mes durante los últimos cinco años? Sí No

2 ¿Ha padecido Vd, o padece, alguna de estas afecciones citadas a continuación? Sí No

- **Cardiovascular:** accidente vascular cerebral, insuficiencia coronaria, infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca, enfermedad valvular cardíaca, enfermedad de arterias coronarias, miocardiopatía hipertrófica obstructiva, enfermedad vascular periférica, hipercolesterolemia.

- **Neurológica:** enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple y en placas, psicosis, retraso mental, pérdida de memoria, pérdidas de equilibrio, parálisis, miopía, miastenia, demencia vascular, arterioesclerosis cerebral. Sí No

- **Enfermedades crónicas:** diabetes, enfermedad del hígado y cirrosis, insuficiencia respiratoria o renal, poliartritis reumatoide, esclerodermia, lupus eritematoso diseminado, periarteritis nudosa, espondilitis anquilosante, fibromialgia reumática. Sí No

- **Tumor maligno o cáncer** Sí No

- **Psiquiátricas:** Trastorno depresivo mayor (bipolar), esquizofrenia Sí No

- **Ojos:** Ceguera, degeneración macular Sí No

3 ¿Es Vd titular de una pensión de invalidez superior o igual al 10%, o tiene Vd actualmente en curso una solicitud de pensión de invalidez? Sí No

4 ¿Ha estado Vd hospitalizado cinco días consecutivos o más en los últimos cinco años debido a otro motivo que no haya sido una extirpación de vesícula biliar, intervención de hernia inguinal, apendicectomía, hemorroidectomía o varicectomía? Sí No

5 ¿En los últimos cinco años ha seguido Vd algún tratamiento médico de más de tres semanas de duración (medicamentos, kinesiterapia, psicoterapia, otros) debido a otra infección que no haya sido una hipercolesterolemia, una enfermedad de tiroides o la menopausia? Sí No

6 ¿Va a seguir Vd algún tratamiento médico, le van a realizar próximamente alguna prueba médica, intervención quirúrgica o va Vd a ser hospitalizado? Sí No

Este cuestionario ha sido cumplimentado por el solicitante del seguro y todas las preguntas han sido tenidas que ser contestadas. Las consecuencias que podrían resultar de una omisión o una falsa declaración son las que prevé la Ley de Seguros (Art. 10)

En , a de de 20

FIRMA DEL SOLICITANTE DEL SEGURO

.....