



Nº PÓL.

COLECTIVO

AGENTE

FECHA EFECTO

DECLARACIÓN DE SALUD OBLIGATORIA Indique SI o NO en las casillas correspondientes a cada solicitante

	1	2	3	4	5	6
¿Padece, ha padecido o se encuentra pendiente de diagnóstico de alguna enfermedad o dolencia? Indique enfermedad, dolencia y fechas						
¿Ha sido operado alguna vez o tiene prevista alguna intervención? Indique tipo y fecha						
¿Se encuentra en estado de gestación? Indique semanas						
¿Ha estado ingresado en algún centro sanitario? Indique patología, centro y fecha						
¿Toma alguna medicación, se encuentra a tratamiento o control médico de algún tipo? Indique datos						
¿Está recibiendo tratamiento oncológico o se encuentra a la espera de recibirlo? Indique fechas						
¿Está recibiendo hemodiálisis o se encuentra a la espera de recibirla? Indique fechas						
¿Padece o ha padecido diabetes, enfermedad cardiovascular o respiratoria? Indique fechas						
¿Padece o ha padecido varices, cálculos, alergias o alguna otra enfermedad crónica? Indique fechas						
¿Padece o ha padecido alcoholismo o toxicomanía? Indique fechas						
¿Padece o ha padecido trastornos de la alimentación o problemas de fertilidad? Indique fechas						
¿Padece o ha padecido obesidad? Indique fechas						
¿Padece o le han diagnosticado trastornos psicológicos o psiquiátricos? Indique patología y fechas						
¿Le han diagnosticado, tratado o informado de que tiene VIH o pruebas positivas del virus?						
¿En qué fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?						
Peso						
Altura						

Indique datos, fechas y aclaraciones sobre las preguntas de la DECLARACIÓN DE SALUD:**Lugar y fecha****Firma del Solicitante (Y sello en caso de Empresa)****Firma del Agente/Cía.**

El firmante se responsabiliza de que las respuestas precedentes son ciertas y sin omisión de datos, autorizando expresamente a IMQ para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requerirá asistencia al amparo de la póliza. Autoriza a la compañía, en caso de haberse tenido alguna enfermedad a ponerse en contacto con los facultativos intervinientes. La respuesta a todas las preguntas incluidas en este documento es obligatoria, reservándose IMQ la facultad de no tramitar las solicitudes incompletas. Cualquier solicitud de seguro presentada está condicionada a las normas de selección de riesgos. Conforme al artículo 10 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, reservándose IMQ la facultad de rescindir automáticamente la póliza.

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable del tratamiento: Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Asturias S.A. de Seguros, como Aseguradora.**Finalidad:** Gestión, cumplimiento y ejecución del Contrato de Seguro de asistencia sanitaria contratado.**Legitimación:** En virtud de la firma del presente documento se presta consentimiento expreso del Tomador del Seguro y de los asegurados para que la Aseguradora incorpore, en ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros. En virtud de la firma del presente documento se presta consentimiento expreso para que el Tomador del Seguro reciba comunicaciones comerciales, vía postal o electrónica, sobre productos o servicios comercializados por IMQ, sin que en ningún caso la retirada de este consentimiento condicione la ejecución del Contrato de Seguro.**Destinatarios:** La Aseguradora podrá ceder a entidades colaboradoras los datos de salud conocidos (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro) con la única finalidad de gestionar el Seguro contratado, así como, en su caso, girar al Tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias/copagos derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la Póliza.**Derechos:** El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercitar otros derechos, de conformidad con lo señalado en la información adicional, mediante comunicación escrita a : (i) la oficina de IMQ en Gijón en C/ Cabrales, 72, Bajo 33201 – Gijón (Asturias); (ii) a la dirección de correo electrónico imq@imqasturias.es o; (iii) al número de fax 985 35 16 84Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://imqasturias.es/html/politica-de-privacidad/>**Fecha y Firma:****Espacio reservado para la Compañía:**