

Cuestionario de Salud:

A continuación se formulan una serie de cuestiones acerca del estado de salud de todos y cada uno de los Asegurados, debiendo contestarse cada una de ellas con un **sí** o con un **no**, y, en caso de respuesta afirmativa, deberá indicarse en **Aclaraciones del Cuestionario de Salud**, nombre de la persona afectada, enfermedad, intervención quirúrgica, tratamiento o medicación de que se trate; fecha de los mismos y situación actual.

¿Alguno de los Asegurados **padece** o **ha padecido** enfermedades como las siguientes?

1. ¿Asma; tos o ronquera crónica; bronquitis; enfisema; pulmonía; tuberculosis; o alguna otra enfermedad del **Aparato Respiratorio**? _____ Sí No
2. ¿Palpitaciones; arritmias; angina de pecho; infarto de miocardio; varices; flebitis; elevación presión arterial; embolia; o alguna otra enfermedad del **Aparato Cardiocirculatorio**? _____ Sí No
3. ¿Gastritis; úlcera; hepatitis; ictericias; cirrosis; cólicos hepáticos; hemorroides; fístula anal; o alguna otra enfermedad del **Aparato Digestivo**? _____ Sí No
4. ¿Neuralgias o neuritis; epilepsia; vértigo; parálisis; párkinson; o alguna otra enfermedad del **Sistema Nervioso**? _____ Sí No
5. ¿Enfermedades auditivas (sordera; supuraciones; vértigo); enfermedades de los ojos (miopía; estrabismo; glaucoma; cataratas); o alguna otra enfermedad del **Sistema Sensorial**? _____ Sí No
6. ¿Eczemas; psoriasis; cicatrices; quemaduras; o alguna otra enfermedad de **la Piel**? _____ Sí No
7. ¿Mutilaciones o deformaciones; artrosis; reumatismo; lumbago; ciática; hernia discal; desviaciones de la columna vertebral; antecedentes traumatológicos como fracturas o accidentes; o alguna otra enfermedad del **Aparato Locomotor**? _____ Sí No
8. ¿Tropicales (malaria; paludismo); venéreas; positividad anticuerpos Sida; hepatitis; secuelas de meningitis; polio; o alguna otra enfermedad **Infecciosa**? _____ Sí No
9. ¿Próstata; uretra o vejiga; riñón; cólicos nefríticos; incontinencia; insuficiencia renal; o alguna otra enfermedad del **Sistema Génito-Urinario**? _____ Sí No
10. ¿Anemia; leucemia; inflamación ganglios; hemofilia; o alguna otra enfermedad de **la Sangre**? _____ Sí No
11. ¿Gota; bocio; cifras elevadas de colesterol; ácido úrico; azúcar; diabetes; hipertiroidismo; o alguna otra enfermedad del **Metabolismo**? _____ Sí No
12. ¿Síndrome de Down; espina bífida; malformaciones; o alguna otra enfermedad **Congénita**? _____ Sí No
13. ¿Drogadicción o dependencia del alcohol? _____ Sí No
14. ¿Alguno de los Asegurados ha padecido algún tipo de intervención quirúrgica?
(excepto: amigdalitis; desviación tabique nasal; fimosis; quistes sebáceos; vegetaciones; cirugía estética y apendicitis) _____ Sí No
15. ¿Alguno de los Asegurados tiene aconsejada o pendiente alguna intervención quirúrgica? _____ Sí No
16. ¿Alguno de los Asegurados ha sido diagnosticado de algún tipo de infertilidad? _____ Sí No
17. ¿Alguno de los Asegurados está tomando alguna medicación actualmente? _____ Sí No
18. ¿Alguno de los Asegurados recibe o ha recibido algún tratamiento como: ondas cortas; diálisis; radioterapia; anticoagulantes; fisioterapia; insulina; quimioterapia; u otro similar? _____ Sí No
19. ¿Alguna de las Aseguradas ha padecido o padece alguna enfermedad ginecológica o del pecho? _____ Sí No
20. ¿Alguno de los Asegurados padece o ha padecido cualquier otra enfermedad no mencionada anteriormente como: carcinomas; obesidad; hernias; herpes? _____ Sí No

Los abajo firmantes declaran que son exactas y verídicas las contestaciones que anteceden y que no han ocultado u omitido hechos o circunstancia alguna que pueda influir en la apreciación del riesgo y, que los datos contenidos en el presente cuestionario han sido voluntariamente facilitados por el Solicitante del Seguro, e incorporados al mismo con su expreso consentimiento, informado que ha sido de su derecho a no prestarlo, a fin de que puedan ser objeto de tratamiento automatizado, como necesarios, imprescindibles y pertinentes para el conocimiento, seguimiento y mantenimiento de la relación contractual derivada de la suscripción del contrato de seguro.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás disposiciones concordantes y complementarias de aplicación, las personas a asegurar autorizan expresamente a cualquier médico o centro hospitalario que les hubiere asistido o reconocido, a proporcionar confidencialmente, a la Compañía Aseguradora todos los datos y antecedentes patológicos que pudieran tener, o de los que hubiera tenido conocimiento al prestar sus servicios para que la Compañía Aseguradora los trate con la finalidad de evaluar el riesgo y, en su caso, aceptar la solicitud y emitir la póliza y tramitar el siniestro si procediera.

Además, se pone en conocimiento de los interesados quienes expresamente consienten:

- a) Que sus datos de carácter personal que constan en esta solicitud, así como los que puedan generarse en caso de siniestro, incluidos los de salud, sean incorporados y tratados en los ficheros automatizados de que es titular Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Compañía destinataria de los mismos.
- b) Que los datos personales que se recogen en esta solicitud son de obligado suministro al ser indispensables para la valoración del riesgo y para el mantenimiento y efectividad de la relación contractual. Si se emitiera la póliza y se celebrase el contrato, y siempre que los datos sean adecuados y pertinentes a las finalidades que más adelante se citan, serán cedidos a las compañías coaseguradoras y reaseguradoras, para cumplir sus relaciones legítimas de coaseguro y reaseguro; así como a las siguientes entidades encargadas del tratamiento: (a) Grupo Generali España A.I.E. entidad domiciliada en la calle Orense número 2 de Madrid, para que tramite, gestione y liquide los siniestros, actividades que constituyen su propio objeto social; (b) los arrendadores de los servicios contratados en la presente póliza, para prestar aquéllos que exija el cumplimiento del contrato de seguro; (c) las compañías especializadas en la gestión de cobro de los recibos de prima con esa finalidad; considerándose

informados de estas cesiones en virtud de la presente cláusula.

- c) Que en el caso de que la póliza se emitiera y se perfeccionara el contrato de seguro, y salvo siempre su indicación en contrario notificada a la Compañía Aseguradora, sus datos de carácter personal de nivel básico y medio sean también tratados para segmentar y realizar perfiles de los clientes, con la finalidad de promover acciones comerciales, incluso de venta cruzada, e incluso mediante la cesión de la información resultante de estos procesos informáticos a sus mediadores de seguros, y de remitir el propio asegurador o terceros por su cuenta, cualesquiera informaciones o prospecciones comerciales, personalizadas o no, sobre toda clase de servicios bancarios y financieros y productos de seguros propios o de terceros.
- d) Que los titulares de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos en el domicilio social de la Compañía situado en la calle Orense, número 2 de Madrid.

El contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre.

El Tomador del Seguro, asegurados y beneficiarios podrán formular sus reclamaciones al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, mediante escrito dirigido al Asegurador en el que se expondrá el motivo de la queja.

El Tomador del Seguro, asegurado, beneficiario o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, como órgano de control del Asegurador, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, en orden a la defensa de los derechos derivados del contrato de Seguro.

Los conflictos que puedan surgir entre tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Asimismo, los abajo firmantes, reconocen que el Asegurador no contrae ninguna obligación en virtud a la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación o rechazo total o parcial de la misma.

En _____, a _____ de _____ de _____

El Mediador

El Solicitante y Asegurados



GENERALI
Seguros