# Cuestionario de Salud del Asegurado
# Aegon Salud

## Datos del Asegurado

Este cuestionario es absolutamente confidencial. Puedes entregarlo en un sobre para ser revisado exclusivamente por nuestros servicios médicos.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Número Solicitud | Número Asegurado | | Teléfono |
| N.I.F. (R.D. 338/1990) | Fecha de nacimiento | | Edad |
| Nombre y Apellidos | | | Email |
| Profesión | Peso Kg. | Estatura cm. | Sexo M H |

## Declaración de estado de salud

Cumplimenta esta declaración de forma exacta y completa, contestando a todas las preguntas para cada Asegurado:

1. ¿Tienes síntomas, signos o molestias que te puedan hacer pensar que estás enfermo? En caso afirmativo, especifícalos.
   Sí ☐ No ☐
2. ¿Tienes síntomas, signos o molestias que te puedan hacer pensar que necesitas acudir al médico o recibir asistencia sanitaria? En caso afirmativo, especifícalos.
   Sí ☐ No ☐
3. ¿Eres fumador? En caso afirmativo ¿cuántos cigarrillos fumas?
   Sí ☐ No ☐
4. ¿Consumes bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, especifica cantidad.
   Sí ☐ No ☐
5. ¿Consumes o tienes adicción a drogas? En caso afirmativo, especifica cuál y cantidad.
   Sí ☐ No ☐
6. ¿Practicas algún deporte? En caso afirmativo, especifica cuál.
   Sí ☐ No ☐
7. ¿Padeces alguna enfermedad actualmente? En caso afirmativo, indica cuál, desde cuándo la padeces y cómo la tratas.
   Sí ☐ No ☐
8. ¿Padeces alguna enfermedad que conlleve o pueda conllevar la necesidad actual o futura de acudir al médico o recibir asistencia sanitaria? En caso afirmativo, indica cuál, y en su caso desde cuándo y cómo la tratas.
   Sí ☐ No ☐
9. ¿Padeces alguna enfermedad congénita? En caso afirmativo, indica cuál y cómo la tratas.
   Sí ☐ No ☐
10. ¿Tienes alguna invalidez o deformidad? En caso afirmativo indica cuál, desde cuándo la padeces y en caso de que precise tratamiento indícalo.
    Sí ☐ No ☐
11. ¿Has padecido algún accidente o traumatismo? En caso afirmativo indica cuál, cuando lo padeciste. Si tienes secuelas o necesitas tratamiento especifícalos.
    Sí ☐ No ☐
12. ¿Has sido intervenido en alguna ocasión? En caso afirmativo indica cuál, fecha, si tienes secuelas o si necesitas tratamiento.
    Sí ☐ No ☐
13. ¿Has sido hospitalizado en alguna ocasión? En caso afirmativo indica el motivo y fecha.
    Sí ☐ No ☐

Aegon España, S.A.U.de Seguros y Reaseguros. Parque Empresarial Cristalia - Edificio 4B- Vía de los Poblados 3, 28033 Madrid. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6258, Libro 0, Folio 171, Sección 8ª, Hoja M102043, Inscripción: 413ª - NIF A-15003619

Mod 1232 (03/26)

14. ¿Tomas algún medicamento en la actualidad? En caso afirmativo especifica cuál, el motivo y desde cuándo.
Sí ☐ No ☐

15. ¿Sigues o eres conocedor de que deberá seguir algún tratamiento? En caso afirmativo especifica cuál, el motivo y desde cuándo.
Sí ☐ No ☐

16. ¿Tienes indicada la conveniencia de recibir atenciones médicas o de hacerte algún tratamiento o alguna intervención en la actualiadad?
Sí ☐ No ☐

17. ¿Padeces?:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hipertensión Arterial | Sí ☐ | No ☐ | Serología positiva para V.I.H. | Sí ☐ | No ☐ |
| Diabetes | Sí ☐ | No ☐ | Molestias prostáticas | Sí ☐ | No ☐ |
| Estrés | Sí ☐ | No ☐ | Antecedentes Psiquiátricos | Sí ☐ | No ☐ |
| Colesterol elevado en sangre | Sí ☐ | No ☐ | (Depresión, Ansiedad) | | |

18. ¿En los últimos 5 años ha sido diagnosticado o tratado por cualquier tipo de tumor maligno, o ha presentado alguna recaída de algún cáncer tratado anteriormente, o presenta alguna secuela relacionada con estas enfermedades o su tratamiento? En caso afirmativo, indica cuál.
Sí ☐ No ☐

19. Indícanos las fechas de las últimas asitencias médicas que has recibido, a qué especialidad correspondieron y el diagnóstico o tratamiento propuesto tras las mismas

| Fecha asistencia | Especialidad | Diagnóstico o tratamiento |
|---|---|---|
| __/__/____ | | |
| __/__/____ | | |
| __/__/____ | | |
| __/__/____ | | |

20. Además de las cuestiones anteriores, por favor, indícanos si deseas aportar alguna otra información relacionada con tu petición de aseguramiento.

## Declaración del Asegurado

DECLARO: Que todas las respuestas anteriores, son exactas, completas y verdaderas, quedando enterado de que toda inexactitud, omisión o falta de veracidad tendrá como consecuencia la nulidad de la Póliza de Seguro y la pérdida de todos los derechos otorgados por ésta, siempre que las mismas influyan en la estimación del riesgo de conformidad con el artículo 10 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro. Asimismo, autorizo a todo médico, hospital u otra institución o persona a que, dentro de los límites legales, faciliten a Aegon España, S.A.U. de Seguros y Reaseguros o su representante información sobre mi estado de salud.

## Protección de Datos

### Responsable

Aegon España S.A.U. de Seguros y Reaseguros- NIF: A15003619

C/Vía de los Poblados 3, Parque empresarial Cristalia, edif. 4B, 28033 Madrid
Puedes contactar con el Delegado de Protección de Datos a través de la dirección de correo electrónico: **oficinadeprivacidad@aegon.es**

### Finalidades y legitimación

Realizar un cuestionario de salud con el objetivo de conocer tu estado de salud actual y anterior y determinar el alcance de las coberturas y las exclusiones en tu solicitud de seguro.

La **base de legitimación** es la aplicación de **medidas precontractuales** solicitadas por ti y el **cumplimiento de las obligaciones legales** de Aegon.

### Categorías de datos tratados

Datos identificativos y de contacto, datos referentes a tus características personales y datos referentes a tu estado de salud actual y anterior a la simulación realizada por ti.

Puedes encontrar información detallada sobre cada categoría de datos objeto de tratamiento en el apartado "¿Qué datos personales tratamos?" de la Política de privacidad de Aegon.

### Destinatarios

No se contempla la comunicación de tus datos personales a terceros, salvo obligación legal.

No obstante, los datos personales podrán ser accesibles por prestadores de servicios, tanto pertenecientes al Grupo Aegon como ajenos al mismo, que actuarán bajo las instrucciones de Aegon, en calidad de encargados del tratamiento.

Aegon España, S.A.U.de Seguros y Reaseguros. Parque Empresarial Cristalia - Edificio 4B- Vía de los Poblados 3, 28033 Madrid. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6258, Libro 0, Folio 171, Sección 8ª, Hoja M102043, Inscripción: 413ª - NIF A-15003619

Algunos de estos prestadores están situados fuera de la Unión Europea, lo que comporta una transferencia de datos personales a terceros países:

- Empresas del Grupo Aegon situadas en terceros países, como Aegon Global Services LLC, domiciliada en Estados Unidos y Aegon EDC Limited, localizada en Reino Unido.
- Proveedores de servicios situados en Estados Unidos, tales como: Salesforce Inc., Proofpoint Inc., Citrix Systems Inc., Amazon Web Services Inc. y Microsoft Corporation.

Estas transferencias se llevan a cabo, en todo caso, a países respecto de los cuales la Comisión Europea ha emitido una decisión de adecuación o, en ausencia de la misma, mediante la adopción de garantías adecuadas que aseguren la protección de tus datos personales.

## Plazos de conservación

Los datos personales tratados en el marco de los procesos de contratación que no finalicen en la firma de un contrato serán conservados durante un plazo máximo de 180 días.

En caso de que se formalice una relación contractual con Aegon, tus datos personales serán conservados hasta la terminación de la misma o en tanto sean necesarios para el cumplimiento de las finalidades con las que fueron recabados.

## Derechos

Puedes ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad mediante escrito dirigido al domicilio social de Aegon; a través del correo electrónico **protecciondedatos@aegon.es**; o del formulario previsto en nuestra página web **www.aegon.es** situado en el Apartado "Aviso Legal", sección "Protección de datos personales".

Adicionalmente, tienes derecho a presentar una reclamación ante la Agencia española de Protección de Datos a través de su página web **www.aepd.es.**

## Información adicional

Puedes consultar información adicional y detallada sobre el tratamiento de tus datos personales en nuestra página web:
**https://www.aegon.es/politica-privacidad**

Hecho en _____ a ____ de _____ de 20____

_____

**Firma del Asegurado**

Aegon España, S.A.U.de Seguros y Reaseguros. Parque Empresarial Cristalia - Edificio 4B- Vía de los Poblados 3, 28033 Madrid. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6258, Libro 0, Folio 171, Sección 8ª, Hoja M102043, Inscripción: 413ª - NIF A-15003619