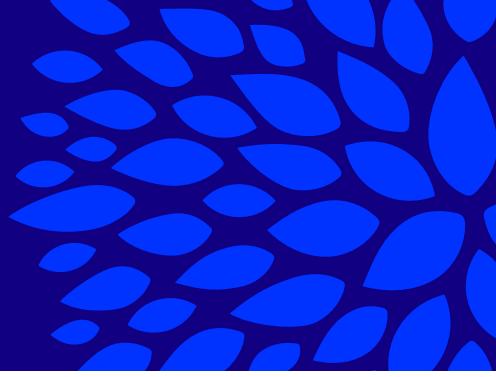




## Seguro médico complementario

## Cuestionario médico



Asegurado individual: Apellidos - nombre de pila

Persona a asegurar: Apellidos - nombre de pila

Dirección

Fecha de nacimiento (d - m -a)

Sexo      M      F

Organización o institución

Nacionalidad

### I. Le rogamos que facilite la siguiente información

- su tensión arterial (si la conoce)      max      min

- su peso (kg)      estatura (cm)

### 2. Describa su estado de salud actual

#### 3. ¿Sufre de alguna discapacidad crónica, física o mental?

Si      No

Si la respuesta es sí, especifique.

¿Se beneficia de un reembolso del 100 % por el JSIS?

Si      No

En caso afirmativo, ¿por qué patología?

#### 4. ¿Se ha sometido a alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico (en los últimos 10 años)?

Si      No

En caso afirmativo, indique la fecha o fechas, la naturaleza de la intervención o el tratamiento y las consecuencias para su estado de salud.

#### 5. En los próximos seis meses, necesitará:

- una hospitalización      Sí, indique el motivo.

No

- someterse a una intervención quirúrgica      Sí, describa a continuación la naturaleza de la intervención y el diagnóstico.

No

#### 6. ¿En este momento recibe algún tratamiento médico (medicinal o de otra clase)?

Sí      No

Si la respuesta es sí, especifique el tratamiento y el motivo.

¿Está recibiendo actualmente un tratamiento de tipo paramédico (fisioterapia, osteopatía, foniatría)?

Si      No

Si la respuesta es sí, especifique el tratamiento y el motivo.

¿Está embarazada?

Si      No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha prevista del parto (si se conoce)?

Acepto los Términos y condiciones. Declaro que la información anterior es a mi leal saber y entender correcta y verdadera. La presentación de solicitudes de reembolso falsas o de información engañosa o la ocultación de información relacionada con ellas es un delito punible por la ley. Por la presente confirmo que he leído y entiendo plenamente el Aviso de protección de datos personales de Cigna (<https://www.cignahealthbenefits.com/es/privacy>). Si facilito a Cigna datos personales de otras personas, pondré en su conocimiento el Aviso de protección de datos personales de Cigna.

Firmado en

Fecha

Firma de la persona a asegurar, precedida por las palabras escritas de su puño y letra: 'Leído y aceptado'