

1 – DATOS DE REFERENCIA

Apellidos y Nombre de la persona a asegurar	Seguro Contratado	Número de Solicitud

2 – OTROS SEGUROS

En caso de tener contratado o solicitado otro seguro, indicar la Compañía, importes, cobertura y la fecha efecto de la póliza:

3 – DATOS PERSONALES

	No	Sí	Ampliar información en caso afirmativo
a) Peso _____ kg. Talla _____ cm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) ¿Tiene alguna anomalía congénita o adquirida que le invalida física o mentalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) ¿Consumo bebidas alcohólicas? ¿Cuáles y qué cantidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) ¿Consumo estupefacientes? ¿Cuáles y qué cantidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e) ¿Fuma? ¿Cantidad diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f) ¿Desarrolla otras actividades laborales que las descritas en la solicitud de seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) ¿Practica algún deporte que desee incluir en la cobertura del seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h) ¿Ha estado de baja, en los últimos 2 años, durante más de 15 días consecutivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duración y motivo _____
i) ¿Viajes al extranjero? Frecuencia, duración y lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j) ¿Conduce motos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique cilindrada _____

4 – DATOS MÉDICOS

¿Tiene o ha tenido alguna de las afecciones siguientes?	No	Sí
a) Aparato respiratorio: ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar, apneas del sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Aparato cardiocirculatorio: ¿Infarto, embolias, trombosis, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, varices, valvulopatías, arteriosclerosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sistema nervioso: ¿Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, ansiedad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, psiquiátricos, depresiones, neurosis, demencia, temblores, lesiones de los nervios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Aparato digestivo: ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, piedras en la vesícula, hemorroides, proctitis, fístulas, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Afecciones de los oídos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Afecciones de los ojos? ¿Estrabismo, glaucoma, astigmatismo, hipermetropía, miopía (.....dioptrías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Aparato locomotor: ¿Reumatismo, artrosis, hernia discal, desviación de columna, pinzamiento vertebral, lumbago, ciática, fracturas, juanetes, lesiones de ligamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Afecciones de la piel: ¿Psoriasis, eczemas, herpes, alergias, vitiligo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Aparato urogenital: ¿Enfermedades de los riñones (cólicos nefríticos, piedras o arenilla, infección de orina), de la vejiga, de la próstata, de los testículos, del pene, de los ovarios, de la matriz, de las trompas, de la vagina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Enfermedades infecciosas: venéreas, meningitis, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, infecciones VIH tales como el SIDA y enfermedades asociadas, fiebre reumática, enfermedades tropicales (malaria, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Afecciones o trastornos no citados anteriormente: ¿Enfermedades de la sangre, diabetes, colesterol, triglicéridos, gota, hernia, tiroides, tumores, cáncer, atrofas musculares, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿Ha estado o debe ser hospitalizado próximamente? En caso afirmativo indicar fecha, motivo y secuelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ¿Ha recibido o recibe alguno de los siguientes tratamientos?: farmacológico, homeopático, rehabilitador, acupuntura, deshabitador, relacionado con el SIDA, oncológico, estético, psiquiátrico, diálisis, oxígeno, dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Para personas del sexo femenino: Fecha de la última regla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas del apartado 4), especifique detalles.	Diagnóstico/Tratamiento	Fecha	Duración	Secuelas

5 – OTROS

a) ¿Tiene alguna otra cosa que declarar sobre su salud? _____
b) Antecedentes familiares _____

El presente cuestionario se adjuntará a la solicitud de seguro y las declaraciones que anteceden sirven de base para la emisión de la póliza, de la cual forma parte integrante. En caso de inexactitud, el contrato será nulo, si medió dolo o culpa grave.

En _____ a _____ de _____ de _____

El Tomador/Asegurado declara conocer y aceptar la cláusula referente a la Ley de Protección de Datos Personales, detallada en el reverso de este documento.

Firma de la persona a asegurar: