



# DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS A LA SOLICITUD DE ALTA

## A CUMPLIMENTAR POR LA PERSONA A ASEGURAR

Nombre y Apellidos: .....

NIF: .....

Sexo: .....

Fecha de nacimiento: .....

### Instrucciones de cumplimentación.

- Cumplimentar cuidadosamente. Todas las preguntas deben ser contestadas.
- No utilizar signos ni rayas como respuesta.
- Cuando se debas responder Sí o No a una pregunta determinada, marcar con una X en la casilla.
- Detalle por favor con fechas y datos lo más minuciosos y completos posible, las respuestas que se hayan marcado afirmativamente.

### DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES Y COBERTURAS PREEXISTENTES

1. ¿Tiene usted trabajo? SI  NO

¿Cuál es su profesión? .....

¿Qué funciones ejerce? .....

¿Cuál es la actividad de la empresa en que trabaja? .....

2. ¿Practica deportes? SI  NO

Por favor indique cuales: .....

3. ¿Se desplaza Ud. Fuera de la Unión Europea alguna vez, o tiene intención de hacerlo próximamente? SI  NO

Países: .....

Motivo: .....

Frecuencia: .....

4. ¿Hace Ud. Uso de medios de transporte aéreo de otro modo que como pasajero? SI  NO

5. ¿Ha suscrito Ud. o tiene en tramitación otras pólizas de seguro de vida, accidente o salud? SI  NO

### DECLARACIÓN DE SALUD

1. ¿Alguno de sus familiares consanguíneos más directos ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades antes de cumplir los 65 años?

Enfermedad cardíaca SI  NO

Enfermedad cerebrovascular SI  NO

Enfermedad renal SI  NO

Diabetes SI  NO

Cáncer SI  NO

Hipertensión SI  NO

Otra enfermedad de carácter hereditario SI  NO

2. ¿Esta Ud. en baja por enfermedad o accidente? SI  NO

3. ¿Ha estado hospitalizado o tiene prevista alguna hospitalización o intervención quirúrgica? SI  NO

Causa: .....

Patología: .....

Fecha: .....

4. ¿Tiene alguna alteración física? SI  NO

Indique cual: .....

5. ¿Ha sufrido algún accidente? SI  NO

Indique cual: .....

6. ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica? SI  NO

7. ¿Le ha sido concedida algún tipo de invalidez? SI  NO

8. ¿Le han aconsejado someterse o le han realizado algún chequeo, revisión médica o prueba diagnóstica (ej. Biopsia) SI  NO

(incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares)

En caso afirmativo, por favor indique, el tipo de chequeo o prueba, si ha sido realizado en forma ambulatoria u hospitalaria y si los resultados fueron normales

9. ¿Padece o ha padecido de...

Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Trastornos hormonales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Lupus	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca o cardiovascular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Cáncer o tumor maligno	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del hígado (p. ej: hepatitis, cirrosis)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades digestivas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del sistema respiratorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del sistema circulatorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del aparato endocrino	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades mentales (p.ej: trastornos de ansiedad, depresión, epilepsia)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del sistema nervioso	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Alguna dolencia del aparato locomotor	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades reumatológicas: (p.ej: fibromialgia, artrosis, artritis)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Algún déficit visual o auditivo (miopía de más de 8 dioptrías, glaucoma)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades renales o biliares	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del páncreas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la piel (p.ej: psoriasis)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Enfermedades hereditarias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Malformaciones congénitas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección VIH	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

En caso de que haya padecido alguna de las dolencias referidas, especificar en cada una de ellas:

Enfermedad

Estado del diagnóstico

Fecha del último tratamiento/síntoma/consulta a un médico

Tipo de tratamiento

10. ¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico, más de 15 días? SI  NO

11. ¿Ha recibido alguna transfusión? SI  NO

12. ¿Le han recomendado algún tratamiento o medicación recientemente o ha precisado tomar de manera habitual alguna medicación? SI  NO

Indique por favor tratamiento o medicación y motivo:

13. ¿Ha tomado o toma medicinas, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos? SI  NO

14. Por favor indíquenos con datos actuales la siguiente información

Su peso (en Kgs)                      Su altura (en cms.)                      Su tensión arterial \_\_\_\_/\_\_\_\_

Consumo diario de bebidas (indicar nº copas, vaso o cañas):

De licor:                      De vino:                      De cerveza:

Consumo diario de tabaco (indique su número):

Cigarrillos:                      Pipas:                      Puros:

La persona a asegurar declara que disfruta de buen estado de salud, que no está de baja por incapacidad temporal y no está tramitando o tiene declarada ninguna incapacidad permanente. Declara haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas y conocer que las mismas son la base para la valoración de riesgo y para la formalización del contrato de seguro, de manera que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de estas declaraciones que incidan en la citada valoración será causa de nulidad del referido contrato. Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar, a dar confidencialmente los informes que ésta precisara.

Firma de la persona a asegurar

En.....a..... de..... de 201.....