



# Declaraciones complementarias a cumplimentar por la persona a asegurar

Cumplimentar cuidadosamente. Todas las preguntas deben ser contestadas. No utilizar signos ni rayas como respuesta. Cuando se deba responder Sí o No a una pregunta determinada marcar con una X en la casilla adecuada.

## Declaración de Actividades y Coberturas preexistentes (de cumplimentación obligatoria)

1.	¿Cuál es su profesión y qué funciones ejerce?	.....	¿Cuál es la actividad de la empresa en la que trabaja?	.....
2.	¿Practica deportes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuáles?	.....
3.	¿Se desplaza Ud. fuera de la Unión Europea alguna vez o tiene intención de hacerlo próximamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Países?	.....
			¿Motivo?	.....
			¿Frecuencia?	.....
4.	¿Hace Ud. uso de medios de transporte aéreo de otro modo que como pasajero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En calidad de qué?	.....
			¿Clase de aeronaves?	.....
5.	¿Tiene actualmente contratados, o solicitados seguros de vida sobre su persona, o cualquier otro seguro que le ofrezca cobertura en caso de Enfermedad Grave o Incapacidad Profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Coberturas?	.....
			¿Cuantías de las mismas?	.....
			¿Entidades?	.....

## Declaración de salud (de cumplimentación obligatoria)

1)	¿Cuál es su estatura y su peso?	Cms .....	kgs .....
2)	¿Cuál es su presión arterial?	.....	.....
3)	¿Ha tenido o tiene cifras altas de tensión arterial o elevación del colesterol, triglicéridos, glucosa o valores hepáticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indicar detalles: .....
4)	¿Ha habido entre sus ascendientes o hermanos padecimientos antes de los 65 años de algunas de las siguientes enfermedades?: afecciones cardíacas, accidente cerebrovascular, hipertensión sanguínea, afecciones renales, psiquiátricas, enf. de Alzheimer, diabetes, cáncer, epilepsia, suicidio.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indicar detalles: .....
5)	Otros antecedentes familiares	.....	.....
6)	<b>¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades o situaciones siguientes?</b>	<b>Sí No</b>	<b>Sí No</b>
a)	Afecciones del corazón o del sistema circulatorio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b) Ha sido víctima de algún accidente o traumatismo grave <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c)	Accidente cerebrovascular o hipertensión sanguínea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d) Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e)	Diabetes, cáncer, tumores u otro tipo de afección maligna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	f) Infecciones AIV (como el SIDA o relacionadas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
g)	Afecciones de riñón, vejiga, hígado o aparato digestivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	h) Afecciones oculares (miopía, hipermetropía, etc.) o afecciones de los oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
i)	Asma, bronquitis, tos con esputos, o afecciones respiratorias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	j) Afecciones de columna, hernias, lumbago o ciática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k)	Alguna afección mental o nerviosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	l) Otra afección que exigiera tratamiento por más de 1 mes. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
m)	Alguna enfermedad psíquica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7)	¿Ha padecido o padece alguna enfermedad crónica, necesitada de control médico o tratamiento durante un periodo superior a 15 días consecutivos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Indicar detalles: .....
8)	En caso de ser mujer: ¿Está Vd. embarazada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9)	En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones de los apartados anteriores, rogamos amplíe información:		
	a) Nombre de la enfermedad, accidente o situación:	.....	
	b) Fecha en que se manifestó (si es reciente, precisar el mes exacto de su inicio):	.....	
	c) Duración y evolución de la misma:	.....	
	d) Eventualmente, secuelas que ha dejado:	.....	
	e) Médicos que le han atendido (nombre y dirección actual):	.....	
10)	¿Ha sido sometido (o va a serlo próximamente) a intervención quirúrgica, tratamiento de rayos o de pruebas diagnósticas por imagen, tratamiento en sanatorios, hospitales, clínicas o balnearios?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Detalles: .....
11)	¿Fuma Ud. o consume alcohol u otras drogas?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consumo diario de tabaco u otras drogas: .....
			Consumo semanal de alcohol: .....
12)	¿Le han recomendado que se sometiese o se ha sometido Ud. al Test del SIDA?	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? .....
			¿Dónde? .....
			¿Resultado? .....
13)	¿Quién es su médico de cabecera? (nombre y dirección exactas)	.....	¿Por qué? .....
	¿Quién es el último médico que ha consultado?	.....	¿Cuándo? .....
			¿Por qué? .....

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 del 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.....