

IMPORTANTE: Este cuestionario debe ser cumplimentado por cada beneficiario de la póliza que declare problemas de salud. Entregue este cuestionario en sobre cerrado convenientemente identificado para su revisión por nuestro servicio médico (Dpto. Actuarial) y adjúntelo a su solicitud de seguro.

NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____
NIF/PASAPORTE/TARJETA RESIDENCIA: _____

Defecto de Refracción Óptica, especificar: (miopía, hipermetropía, etc.) _____
 Dioptrías ojo derecho: _____ Dioptrías ojo izquierdo: _____

En caso de embarazo; indique semanas de gestación _____
 ¿Conoce usted alguna circunstancia que pueda afectar desfavorablemente el curso de su embarazo y/o parto? Sí No ¿Se le ha detectado alguna anomalía/malformación/enfermedad al feto? Sí No
 En caso de contestar afirmativamente a cualquiera de las dos preguntas, aporte los informes médicos pertinentes.

	Indicar problema 1 declarado			Indicar problema 2 declarado			Indicar problema 3 declarado			Indicar problema 4 declarado		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
Escriba el problema y marque con A si es actual o sobre P si es pasado	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
Fecha de inicio:												
Fecha de finalización:												
Causa (ej.: por enfermedad, tras accidente, de nacimiento, por embarazo, etc.). Especificar												
Localización exacta (ej.: pierna izda., brazo dcho., oídos, etc.). Especificar												
Tratamiento si lo ha habido, indicar tipo: médico, quirúrgico, etc. Especificar												
Secuelas (ej.: cojera, ceguera, etc.). Especificar												
Prótesis o material quirúrgico implantados (ej.: Osteosíntesis). Especificar												
Pruebas diagnósticas y/o tratamientos previstos en el futuro. Especificar												
Situación actual respecto al problema declarado (ej.: curado, pequeñas molesitas, etc.). Especificar												

La información contenida en este documento es confidencial y está protegida conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal

Fecha: _____ / _____ / _____ Firma: _____

ADJUNTAR COPIA DE TODA LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA RELATIVA A LOS PROBLEMAS DECLARADOS