

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 que funciones ejerce?
¿Cuál es la actividad de la empresa en la que trabaja?
2. ¿Práctica deportes? |_| SI |_| NO
En caso de respuesta afirmativa indique cuáles _____
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
¿En calidad de qué? _____ ¿Clases de aeronaves? _____

Declaración de salud (de cumplimentación obligatoria)

1. ¿Ha suscrito Usted o tiene en tramitación otras pólizas de seguros de vida, accidente o salud? |_| SI |_| NO
2. ¿Alguno de sus familiares consanguíneos más directos ha padecido o padece alguna enfermedad cardiaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años? |_| SI |_| NO
3. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización, intervención quirúrgica o consulta médica próxima? |_| SI |_| NO
4. ¿Tiene alguna alteración física, ha sufrido algún accidente/intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez? |_| SI |_| NO
5. ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a algún chequeo o revisión médica, incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares? |_| SI |_| NO
6. ¿Ha padecido o padece usted alguna enfermedad cardiaca, renal, cerebrovascular, respiratoria, neurológica, nerviosa o de transmisión sexual, hepatitis, sida, cáncer, diabetes o hipertensión? |_| SI |_| NO
7. ¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días y/o ha recibido alguna transfusión? |_| SI |_| NO
8. ¿Ha tomado o toma medicinas, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos? |_| SI |_| NO

DETALLE con fechas y datos lo más minuciosos y completos posible, las respuestas que se hayan marcado afirmativamente:

Y, por favor, CUMPLIMENTE con datos actuales las informaciones que sobre su persona le pedimos a continuación:

Peso (kgs): _____ Altura (cms): _____ Tensión Arterial: _____ / _____

Consumo diario de bebidas (indicar nº de copas, vasos, cañas): _____ de licor; _____ de vino; _____ de cerveza.

Consumo diario de tabaco (indicando 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.

En _____ a _____ de _____ de 200_____.

Firma de la persona a asegurar