



DECLARACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EQUIPO: _____

1.- ¿Padece o ha padecido: infarto, angina de pecho, arritmias cardíacas, accidente cerebro-vascular, trombosis o embolias cerebrales, diabetes, depresión, cáncer u otro tipo de afección maligna, o tiene Vd. concedida o en trámite una minusvalía superior al 33 %?

SI ___ NO ___

¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____

2.- ¿Ha sido sometido en los últimos 7 años o va a serlo próximamente a: intervención quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis o ha interrumpido su actividad laboral por accidente o enfermedad durante un periodo superior a 20 días en los últimos 3 años?

SI ___ NO ___

¿Cuál? _____

¿Desde cuándo? _____

3.- ¿Se encuentra actualmente en tratamiento médico?

SI ___ NO ___

¿Fecha? ____/____/____

Motivo _____

Resultado _____

4.- ¿Padece o ha padecido de sobrepeso u obesidad y está o ha estado realizando tratamiento médico por dicho motivo?

SI ___ NO ___

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores le rogamos que amplíe la información con fechas, resultados, situación actual. Indique la naturaleza y fecha del padecimiento o lesión y su duración aproximada:

El Asegurado suscribe en su integridad y por medio de sus firmas, la Declaración de Salud, quedando enterado de que cualquier ocultación o falsedad intencionada por su parte, supondrá la pérdida del derecho a la indemnización en caso de siniestro. Así mismo, en el caso de ampliación o rectificación de la Declaración de estado de Salud, autoriza a los Servicios Médicos de la Compañía a consultar de manera confidencial con los facultativos que les hayan atendido, reservándose la Compañía Aseguradora el derecho a la recepción o rehúse de la presente Solicitud de Seguro.

FDO: _____

DNI: _____

PUERTOLLANO A 13 DE OCTUBRE DE 2016