

Muñiz y Asociados Correduría de Seguros S.L.

■

■

ASEGURADO 1

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)**ASEGURADO 2**

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)**ASEGURADO 3**

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)**ASEGURADO 4**

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil N.I.F.

Domicilio Localidad C.P.

Tfno. Fax E-mail

Parentesco con el Tomador

¿Practica Actividades de Riesgo? (por ejemplo, submarinismo, alpinismo, caza, toreo, encierro de reses bravas, automovilismo, motorismo, deportes aéreos, etc.) No Sí (indique cuál)

DECLARACIÓN DE SALUD

	Tomador	Asegurado 1	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
Peso:
Altura:
	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
1 ¿Fuma o ha fumado en los últimos tres años? ¿Cuántos cigarrillos al día?:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 ¿Goza usted de buena salud?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 ¿Padece algún defecto físico o psíquico? ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica o transitoria?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 ¿Ha habido en su familia enfermos de corazón, diabéticos u otras enfermedades?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación o tratamiento médico o quirúrgico o ha precisado tratamiento psiquiátrico o psicológico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 ¿Sigue actualmente algún tratamiento médico o lo ha seguido en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 ¿En los dos últimos años ha padecido alguna enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de 15 días?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 ¿Presenta algún trastorno de fertilidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Los abajo firmantes declaran ser ciertos y veraces los datos y contestaciones anteriormente expresadas, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.

Para Asegurados menores de edad debe firmar el Tomador del Seguro

Firma Tomador **Firma Asegurado 1** **Firma Asegurado 2** **Firma Asegurado 3** **Firma Asegurado 4**

La suscripción de esta póliza para cada Asegurado está supeditada a la valoración médica de su Cuestionario de Salud

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 3 a 9 es imprescindible que se detalle causa, fechas, historia clínica, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....