

Nombre y Apellidos:			
Estatura: _____ cms.	Peso: _____ Kg	Medida de Cintura: _____ cms	Tensión (Max y Min) _____/_____
	SI	NO	
1. ¿Padece alguna enfermedad del corazón, riñón, pulmón, sangre, tiroides o digestiva? ¿Se encuentra actualmente en situación de baja?			Cuál Fecha Secuelas Causa
2. ¿Requiere un tratamiento continuado o régimen especial?			Cual Duración
3. ¿Ha estado ingresado en un Hospital durante más de 15 días en los últimos 10 años?			Causa Fecha
4. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?			¿De qué? Fecha
5. ¿Le han aconsejado someterse a alguna prueba especial, un chequeo de salud, internamiento o intervención?			Causa Fecha Prevista
6. ¿Ha tenido algún accidente que le haya causado alguna lesión corporal con incapacidad permanente total o parcial?			Naturaleza de la incapacidad  Fecha Grado de Incapacidad
7. ¿Ha sido sometido en los últimos años a: - ¿Un Electrocardiograma?  - ¿Un análisis de sangre?  - ¿Un electroencefalograma?			Causa Resultados      Fecha Causa Resultados      Fecha Causa Resultados      Fecha
8. ¿Le han Hecho Pruebas hepáticas o del VIH			Resultado Fecha
9. ¿Le han estado tratando de hipertensión?			En caso afirmativo indique el tratamiento
10. ¿Padece alguna enfermedad o disminución importante de la vista y/o oído?			Enfermedad Dioptías: OJO D      OJO IZDO
11. ¿Le están tratando por depresión nerviosa o enfermedad neuropsíquica			¿Cuál? Fecha
12. ¿Ha padecido alguna lesión de columna?			¿Cuál? Secuelas Fecha      Tratamiento
13. ¿En su último reconocimiento de aptitud profesional, le han declarado apto con restricciones?			En caso afirmativo indique restricciones:
14. ¿Ha sufrido alguna enfermedad o accidente durante los últimos 5 años que le haya obligado a interrumpir su trabajo más de 30 días consecutivos?			Enfermedad y/o lesiones sufridas  Fecha
15. ¿Le han detectado albumina o azúcar en análisis de sangre u orina?			En caso afirmativo indique ALBÚMIA: Tasa y fecha AZÚCAR: Tasa y fecha
16. ¿Fuma tabaco o algún otro producto?			En caso afirmativo indique tipo y cantidad diaria
17. ¿Padece alguna enfermedad, alteración o trastorno no mencionado anteriormente?			¿Cuál?
18. ¿Ha contratado con anterioridad un seguro de vida? En caso afirmativo, ¿Ha sido aceptado con recargo, exclusiones, aplazado o rechazado?			¿Cuál? Fecha
<b>SOLO PARA PERSONAL FEMENINO</b>			
19. ¿Ha padecido alguna enfermedad ginecológica?			¿Cuál? Fecha
20. ¿Ha sufrido algún embarazo patológico o parto de riesgo?			¿Cuál? Fecha

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma el tomador y Asegurado: