

Nº de Solicitud	Nº de Póliza <b style="color: red;">7873	Nº de Certificado
-----------------	---	-------------------

Nº	PREGUNTA	TITULAR		BENEFICIARIO 1		BENEFICIARIO 2		BENEFICIARIO 3	
		Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:	Nombre: Peso:	Estatura:
1	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad en los últimos cinco años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, fecha, tratamiento y evolución
	¿Le ha dejado alguna lesión o secuelas las enfermedades que ha padecido hasta el momento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifíquelas
2	¿Ha sido intervenido en alguna ocasión, o ha estado ingresado en algún centro hospitalario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha y motivo
3	¿En que fecha y por qué motivo acudió al médico por última vez?	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:	Fecha/...../.....	Motivo: Especifique especialidad y próxima fecha de consulta:
4	¿Padece o ha padecido algún defecto físico, deformidad, incapacidad o lesión congénita?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál, tratamiento y evolución
5	¿Ha sufrido algún traumatismo o accidente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique fecha, tratamiento y secuelas
6	Si es mujer: ¿Ha tenido algún embarazo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos embarazos? ¿Cuántos partos? ¿Cuántos por cesárea? Otras Observaciones:
	¿Está actualmente embarazada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha probable de parto:/...../.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha probable de parto:/...../.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha probable de parto:/...../.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha probable de parto:/...../.....
7	¿Se encuentra bajo algún control o tratamiento médico en la actualidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
	¿Tiene alguna indicación médica o intención de hacerse algún estudio o tratamiento concreto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cuál
8	¿Es o ha sido fumador?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día
	¿Consume o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique cantidad al día y tipo de bebidas
	¿Consume o ha consumido estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique tipo de producto

El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a ADESLAS para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia la amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes.

ADESLAS podrá resolver la Póliza en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del declarante al cumplimentar el cuestionario, pero este derecho no podrá fundarse en el desconocimiento por la Aseguradora de datos de la salud del Asegurado que sean ajenos a las preguntas que anteceden.

Si mediase dolo o culpa grave en la cumplimentación de este cuestionario, Adeslas queda, en todo caso y desde ahora, liberada de las obligaciones que el seguro establece a su cargo (Art. 10 Ley de Contrato de Seguro).

TITULAR DEL SEGURO

Fecha y Firma