

DECLARACIÓN DE SALUD

Por favor complete esta declaración de salud para usted y para cualquier persona dependiente que haya nombrado en su formulario de solicitud; y marque la casilla correspondiente a su respuesta.



		Asegurado Principal	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
1	Nombre					
2	Apellidos					
3	E-mail					
4	N.I.F.					
5	Fecha de Nacimiento					
6	Peso (kg)					
7	Altura (cm)					
8	Género	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
9	¿Ha fumado en los últimos siete años? En caso afirmativo, indique el número de cigarros que se fumaba al día y cuando dejó de fumar.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
10	¿En los últimos 10 años ha sufrido?					
a.	¿Alguna cirugía?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b.	¿Algún tratamiento láser, quimioterapia o tratamiento de radiación?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna enfermedad o se ha visto envuelto en un accidente que le haya causado?:					
a.	¿Baja por enfermedad de al menos 3 semanas seguidas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b.	¿Recibir un tratamiento médico de al menos un mes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12	¿Ha sufrido o ha sido diagnosticado de?					
a.	Trastorno nervioso (fatiga crónica, ansiedad, depresión, migraña, epilepsia)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b.	Trastorno de la médula espinal (dolor de espalda, ciática, cuello rígido)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c.	Artritis reumatoide (ej. cadera, rodilla, hombros, manos)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d.	Problemas vasculares y/o de corazón (ej. hipertensión, angina de pecho, ataque de corazón, anormalidades del ritmo cardiaco, aneurisma)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
e.	Desórdenes del esófago, estómago, hígado, páncreas (ej. úlceras de estómago, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
f.	Problemas urinarios (ej. cólico renal, problemas testiculares o de próstata, problemas de vejiga o riñón, pólipos)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
g.	Trauma, desorden o enfermedad que requiera cuidados médicos regulares y/o tratamiento médico regular.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

13	¿Alguna vez ha realizado una prueba de detección serológica de la siguiente manera? En caso afirmativo, especifica el resultado en la tabla de abajo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
a.	¿Hepatitis B virus (HBV)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b.	¿Hepatitis C (HCV)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c.	¿VIH (SIDA)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14	¿Alguna vez ha tenido problemas de adicción relacionados con el alcohol y/o drogas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15	Dentro de los próximos 6 meses después de la fecha efectiva de su contrato, cree usted que:					
a.	¿Visitará al médico o requerirá alguna prueba (ej. laboratorio, imagen, endoscopia) y/o visitará al especialista y/o buscará tratamiento médico o quirúrgico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b.	¿Recibirá tratamiento hospitalario? (ej. extracción de amígdalas, extracción de quiste, extracción de un lunar)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SALUD DENTAL Y OFTALMOLÓGICA (SOLO MODALIDAD TOP)

		Asegurado Principal	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
16	¿Le faltan piezas dentales que no hayan sido sustituidas? (A excepción de dientes de leche o muelas del juicio)? En caso afirmativo, precisar, cómo, cuáles y cuándo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
17	¿Tiene prótesis dentales fijas (Coronas, implantes, puentes, etc...)? En caso afirmativo, precisar, cómo, cuáles y cuándo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
18	¿Tiene previsto someterse, o es necesario que se someta, a algún tratamiento dental, de paradontosis o cirugía oral? En caso afirmativo, rogamos especifique el tratamiento.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
19	¿Sufre de paradontosis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20	¿Se ha sometido a una revisión dental en los últimos 5 años? En caso afirmativo, rogamos indique la fecha y el resultado:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> DD/MM/AAAA <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> DD/MM/AAAA <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> DD/MM/AAAA <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> DD/MM/AAAA <input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> DD/MM/AAAA <input type="text"/>
21	¿Se ha sometido en los últimos 5 años a algún tipo de tratamiento, pruebas o análisis oftalmológicos; tales como disminución de la agudeza visual o capacidad de refracción (con o sin gafas), enfermedades de la retina u otras enfermedades	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SU FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SEGURO DE ACCIDENTES (SOLO MODALIDAD TOP)

Por favor complete esta declaración de salud para usted y para y cualquier persona dependiente que hay nombrado en su formulario de solicitud; y marque la casilla correspondiente a su respuesta.

		Asegurado Principal
22	¿Sufre alguna discapacidad o una enfermedad crónica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
23	En los 12 meses anteriores a la fecha de vigencia de su contrato, ¿ha tomado una baja por enfermedad más de 3 veces?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
24	¿Usted o alguien de su familia tiene antecedentes de las siguientes enfermedades? ¿Enfermedad cardíaca, vascular, neurológica, psiquiátrica, cáncer, diabetes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
25	¿Está usted actualmente de baja por enfermedad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
26	¿Ha sido declarado inhabilitado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Está en proceso de ser declarado discapacitado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
27	¿Está actualmente asegurado para un seguro de salud o de vida?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez le han negado, restringido o recibido una prima de carga para una póliza anterior?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
28	¿Vuela en un avión privado o de aviación como pasajero o piloto? (<i>Excepto las aeronaves comerciales regulares</i>)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
29	¿Ha sufrido alguna condición médica distinta de las mencionadas anteriormente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
30	Por favor agregue cualquier otra información sobre su estado de salud que deberíamos saber?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DE SALUD

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, aclare los detalles en la tabla siguiente.



	Nº de Pregunta	Fecha de la declaración de los primeros síntomas	Fecha de los últimos síntomas	Tratamiento, prueba y resultados	Precisiones complementarias
Asegurado Principal					
Cónyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					
Hijo 3					

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN



1. Para asegurar la confidencialidad médica, deberá presentar este cuestionario y cualquier documento médico confidencial sellado y marcado, dirigido a la atención de la junta médica de Henner:

Centro Médico (cuidado y protección)

Henner Medical Department
14 Boulevard du Général Leclerc,
CS 20058,
92527 Neuilly-sur-Seine Cedex- FRANCE
Medical.questionnaire@henner.com

2. Por favor, si necesita más espacio para dar su respuesta, proporcione su respuesta en una página aparte y adjúntela a esta declaración al enviarla. Si está solicitando más de 3 hijos, por favor complete un segundo formulario para los niños adicionales.

3. Certifico que las declaraciones anteriores son completas, precisas y veraces y estoy de acuerdo en proporcionar a la junta médica de Henner toda la información médica que necesitan. Cualquier deformación u omisión hará que la póliza sea nula y sin efecto y las primas pagadas serán retenidas por el asegurador como daños y perjuicios. El asegurado y sus dependientes tendrán que devolver los beneficios que han recibido.

Marque la casilla si desea que su intermediario (si lo hay) sea su representante oficial para preguntas médicas:

Yo, el abajo firmante, autorizo al Consejo Médico Asesor o al asegurador a proporcionar y solicitar a mi intermediario cualquier información médica que sea requerida.

Su correo electrónico (obligatorio):

Firmado en (Ciudad, País):

Fecha (dd/mm/aaaa):

Firma(s) del asegurado y de todos los dependientes que hayan alcanzado la mayoría con la mención "leído y aprobado":

Protección de Datos de Carácter Personal

RESPONSABLE: MARKEL INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY, Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35, 28020 de Madrid, anita.hourigan@markelintl.es, W0068002E. **FINALIDADES:** Evaluar el riesgo de la cobertura solicitada por medio de las declaraciones de salud, así como para su estudio, aceptación y cálculo de las primas del seguro. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado. **CESIONES:** En los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la solicitud y vigencia del contrato de seguro, en su caso. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.agpd.es). No se entregará documentación del cliente a terceros no autorizados.

Declaración

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma, nombre y cargo: _____ Fecha: _____