

DECLARACIONES DE LA PERSONA A ASEGURAR

Talla en Cms.: _____

¿Utiliza motocicletas de más de 250 c.c.? _____

Peso en Kgs.: _____

Deportes de práctica: _____ ¿En competición? _____

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- 1. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o control médico?
- 2. ¿Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos diez años?
- 3. ¿Se encuentra dado de bajo por enfermedad o accidente?
- 4. ¿Padece alguna enfermedad o defecto físico?
- 5. ¿Ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente?
- 6. ¿Ha interrumpido su actividad laboral durante más de 15 días en los últimos 5 años?
- 7. ¿Utiliza preferentemente la mano izquierda?
- 8. ¿Padece VD. miopía superior a 7 dioptrías?
- 9. ¿Le exige su trabajo la utilización constante de máquinas o vehículos?

Si ha contestado "Si" a alguna pregunta, detalle para cada caso el tipo de dolencia, fecha de iniciación, tipo de tratamiento o intervención y estado actual. ES MUY IMPORTANTE INDICAR LAS FECHAS: _____

El presente cuestionario se ha cumplimentado en presencia de la persona a asegurar y recoge las respuestas que ésta ha dado a las preguntas en él formuladas. Manifiesta expresamente haber leído su contenido antes de firmarlo, siendo el mismo fiel reflejo de las contestaciones que ha dado. Asimismo la persona a asegurar declara que ha sido informada y conoce que las ocultaciones, reservas e inexactitudes en las respuestas podrán suponer la pérdida de parte o la totalidad de los derechos derivados del seguro.

En a de de 200

Firma de la persona a asegurar