

Datos de los Asegurados	Asegurado Titular	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
Nombre				
Apellido 1				
Apellido 2				
Parentesco con el Titular				
Sexo / Fecha Nacimiento	/	/	/	/
<input type="checkbox"/> N.I.F. <input type="checkbox"/> N.I.E.				
Estado Civil				
Profesión				

CUESTIONARIO DE SALUD	Asegurado Titular	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
1. ¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? En caso afirmativo, particulares de la póliza y del último recibo abonado para aporte copia de las condiciones respetar carencias.				
2. Peso (kg.)				
3. Estatura (cm.)				
4. ¿Ha estado ingresado en algún hospital o ha sido intervenido por alguna patología distinta de las que se muestran en la lista abajo indicada?				
5. ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica?				
6. ¿Ha padecido, padece o se encuentra bajo tratamiento/control médico por alguna patología distinta de las que se muestran en la lista abajo indicada?				

LISTA DE PATOLOGÍAS		
Acné sin tratamiento	Cifosis leve	Miopía hasta 5 dioptrías
Amigdalitis	Escoliosis leve	Poliomielitis (polio) sin secuelas
Anginas	Fimosis intervenida	Soplo cardíaco funcional
Apendicitis intervenida sin secuelas	Hipermetropía hasta 2 dioptrías	Talasemia minor
Astigmatismo hasta 2 dioptrías	Hongos de la piel / Candidiasis en piel	Uña encarnada intervenida
Bronquitis aguda	Lipoma o quiste sebáceo intervenido	Varicocele intervenido
Cefaléas, Jaquecas, Migrañas leves	Lordosis leve	Vegetaciones intervenidas
Chalazión intervenido	Mastopatía fibroquística asintomática	

Amplíe información sobre las preguntas contestadas afirmativamente indicando:

Fecha de inicio de la dolencia y/o ingreso hospitalario, diagnóstico exacto, tratamiento médico, evolución y estado actual.

.....  
 .....  
 .....

El abajo firmante autoriza expresamente al servicio médico de MAPFRE ESPAÑA para que, en su caso, requiera a los médicos e instituciones necesarias las informaciones precisas para valorar el riesgo, para la gestión de siniestros y la autorización de las prestaciones futuras.

Reconoce como suyas las declaraciones efectuadas anteriormente sobre su estado de salud y el de su familia, aunque no sean de su puño y letra, y sabe que las ocultaciones o inexactitudes en las respuestas podrá originar la reducción o incluso la pérdida total de las prestaciones garantizadas.

Firma del Asegurado Titular

En ....., a ..... de ..... de .....