

DECLARACIÓN DE SALUD PARA LAS SECCIONES C-30 A C-90
DEL SEGURO DE VIDA

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos _____ Nombre _____
 Profesión _____ Fecha de nacimiento _____ N.I.F. _____
 Domicilio _____ Localidad _____
 Provincia _____ Teléfono _____ Móvil _____

El que suscribe, solicita acogerse a los beneficios del seguro de la Entidad arriba citada, con sujeción a las condiciones de la póliza arriba mencionada. Asimismo, declara ser exactas y sinceras las contestaciones que a continuación se expresan y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes o dolencia alguna.

En _____ a _____ de _____

EL ASEGURADO,

CUESTIONARIO QUE DEBE CUMPLIMENTAR EL ASEGURADO

1.- ¿Se encuentra usted actualmente en perfecto estado de salud?	
2.- ¿Padece usted alguna enfermedad crónica?	¿Cuál?
3.- ¿Tiene usted algún defecto físico?	¿Cuál?
4.- ¿Cuál es su estatura?	¿Cuál es su peso?
5.- ¿Ha padecido usted enfermedades no leves?	¿Cuáles?
6.- ¿Ha sido usted víctima de accidentes?	¿Cuáles?
7.- ¿Ha sufrido usted intervenciones quirúrgicas?	¿Cuáles?
8.- ¿Ha consultado con un médico durante el último año?	¿Por qué enfermedades?
9.- ¿Cuál es su médico de cabecera?	Doctor
Domicilio	

OBSERVACIONES

Sus datos serán incorporados a un fichero responsabilidad de MUNITEC, con la finalidad de gestionar su solicitud, prestarle nuestros servicios y hacerle llegar información comercial que pueda ser de su interés por cualquier vía, incluido el correo electrónico, por lo que todos los datos solicitados son obligatorios.

Al entregar voluntariamente sus datos, o los de terceros, usted da su CONSENTIMIENTO EXPRESO -y admite tener el de esos terceros- para su tratamiento con las finalidades descritas así como para las cesiones que para ello sean necesarias. El afectado puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito, junto con una fotocopia de su D.N.I, a nuestras oficinas, en Travessera de Dalt, 11-13, entlo. 2º. 08024 Barcelona.