

## SOLICITUD DE SEGURO DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA

### DATOS DEL TOMADOR

Apellidos/Nombre o Razón Social:  
 Fecha Nacimiento: N. I.F.: Efecto:  
 Domicilio: C.P.:  
 Población: Provincia:  
 Telf. Part.: Telf. Profesional: Móvil:  
 E-mail:

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos/Nombre:  
 Fecha Nacimiento: N. I.F.: Efecto:  
 Domicilio: C.P.:  
 Población: Provincia:  
 Telf. Part.: Telf. Profesional: Móvil:  
 E-mail:  
 Profesión: Especialidad:

### RIESGO A ASEGURAR

|                    | Cobertura      | Indem. Diaria | Franq. | Rev. | F. Efecto | Forma Pago |
|--------------------|----------------|---------------|--------|------|-----------|------------|
| Incap. Temporal    | Hasta 545 días |               |        |      | 01/ /     |            |
| Hospitalización    | Hasta 365 días |               | S/F    |      |           |            |
| Hosp. en UVI / UCI | Hasta 20 días  |               | S/F    |      |           |            |

### DECLARACIÓN DE SALUD

1. Fuma: Sí No 2. Tensión arterial: 3. Talla: Cm. 4. Peso: Kg
5. Bebidas alcohólicas: Sí No Cantidad diaria:
6. Si ha precisado baja laboral de más de 15 días díganos cuando y por qué:
7. ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida?
8. Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardíacas o del aparato circulatorio enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.)
9. Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia etc.)
10. afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales etc.)
11. Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático, psiquiátricas:
12. Enfermedades de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares
13. Enfermedades genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.)
14. Alguna afección todavía no nombrada
15. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Motivo y cuándo se efectuó
16. En los últimos años, ¿ha sido sometido a pruebas de diagnóstico, tales como: ecografías, pruebas de esfuerzo, electrocardiogramas, angiografías, escaner o tac, doppler, resonancia magnética, mamografías, endoscopias, analíticas, etc? Motivos y resultados:
17. ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas; enfermedades reumáticas? ¿ha realizado rehabilitación o Fisioterapia?
18. ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No Naturaleza y fecha  
 ¿Con qué lesiones? ¿Ha dejado secuelas?
19. ¿Esta en la actualidad bajo control médico? Tratamiento y motivo
20. ¿Conduce motocicletas?
- ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización?

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Firma del asegurado

Firma La Correduría