

SOLICITUD DE SEGURO DE INDEMNIZACION.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA DARSE DE ALTA:

DNI (POR AMBAS CARAS)

Carnet Profesional (POR AMBAS CARAS)

Ultima Nómina

Informe médico si hay alguna patología.

DATOS DEL ASEGURADO:

Nombre:

Apellido 1:

Apellido2:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Estado civil:

NIF/NIE:

Profesión/actividad laboral:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

CUENTA BANCARIA:

DATOS LABORALES:

Domicilio de Trabajo:

Localidad:

Provincia:

CUESTIONARIO: Responde SI o NO

¿Trabaja Manualmente?

¿Trabaja en su domicilio particular?

En caso de baja por enfermedad o accidente ¿tendría disminución de ingresos?

¿Cotiza a la Seguridad Social?

- NO
- Por régimen General
- Por régimen autónomo
- Otros (detallar)

¿Cotiza por Incapacidad laboral Temporal?

CUESTIONARIO DE SALUD. Responde SI o NO

1. Peso en Kg
2. Estatura en cms.
3. ¿Has estado ingresado y/o has sido intervenido?
4. ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica?
5. ¿Se encuentra de baja laboral en la actualidad?
6. ¿Ha permanecido de Baja más de 15 días?
7. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad?
 - a. Enfermedades del aparato respiratorio, oído, esófago, laringe, ojos y/o nariz.
 - b. Enfermedades neurológicas, psiquiátricas y/o trastornos psicológicos
 - c. Enfermedades óseas, musculares, articulares, reumatológicas o de columna vertebral (dolores de espalda)
 - d. ¿Enfermedades renales y/o urológicas
 - e. Enfermedades gastrointestinales, hepatobiliares y/o páncreas
 - f. Enfermedades del corazón, sistema circulatorio (varices) o hipertensión arterial?
 - g. Trastornos endocrinos y/o del metabolismo
 - h. Enfermedades de sangre y/o oncológicas
 - i. Enfermedades de la piel y/o infecciosas
 - j. Enfermedades de mama
 - k. Enfermedades ginecológicas
8. ¿Se encuentra bajo tratamiento o control médico?
9. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, o se ha realizado pruebas diagnósticas especiales por algún padecimiento no recogido en los epígrafes anteriores?
10. Amplíe información si ha contestado SI a alguna de las preguntas anteriores (evolución, fecha, situación actual, tratamiento médico...)

En _____, a _____ de _____ 2017.

Firmado: