

**CUESTIONARIO RESERVADO  
(DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE)**

¿Tiene Vd. ya un seguro de vida? En caso afirmativo, ¿en qué Compañía? ¿Cuál es el capital asegurado?	
¿Ha presentado Vd. a Compañías de Seguros sobre la Vida, solicitudes que hayan sido aplazadas, rechazadas o aceptadas en condiciones especiales?	
¿Ha sufrido Vd. enfermedades graves? En caso afirmativo: ¿Cuáles? Indicar para cada una de ellas, la época y la duración. ¿Consecuencias actuales?	
¿Ha sufrido Vd. operaciones quirúrgicas? En caso afirmativo: ¿Cuáles? ¿En qué fecha? ¿Cuáles fueron sus secuelas?	
¿Ha consultado Vd. con un médico durante los cinco últimos años? En caso afirmativo: ¿con motivo de qué enfermedades?	
¿Ha sufrido Vd. un examen médico para su admisión en la Empresa a que Vd. pertenece? ¿Cuándo?	
¿Ha fallecido su padre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Ha fallecido su madre? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Ha fallecido algún hijo suyo? ¿De qué enfermedad? ¿A qué edad?	
¿Cuál es su peso?	
¿Cuál es su talla?	
¿Se encuentra Vd. en estado de invalidez total o parcial? En caso afirmativo, sírvase indicar la clase de invalidez.	

El abajo firmante declara que son exactas y sinceras las respuestas anteriores. Cualquier información sobre declaración de salud puede ser completada mediante un escrito adjunto firmado por el solicitante. La omisión o inexactitud de lo declarado puede afectar a la validez del Seguro.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ELLA SOLICITANTE