

PLAN DE PENSIONES	ALTA	<input type="radio"/>	Imprimir
PREVIFUTURO	MODIFICACIÓN	<input type="radio"/>	

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre

Domicilio

Localidad Provincia Cód. Postal

Empleado de (Banco/Sociedad)

Fecha de Nacimiento Sexo

Estado Civil N.I.F.

Apellidos Cónyuge Nombre Cónyuge

Fecha de Nacimiento Cónyuge N.I.F. Cónyuge

PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA FALLECIMIENTO E INVALIDEZ:

Marque la opción elegida: ☐ Nivel I ☐ Nivel II ☐ Nivel III ☐ Nivel IV

DECLARACIÓN DE SALUD : En el caso de suscribir la Prestación Complementaria de Fallecimiento e Invalidez con una cobertura Nivel I, deberá contestar sólo las 4 primeras cuestiones y, en su caso la 6ª. Si la cobertura es de cualquier otro Nivel, deberá contestar a todo el cuestionario ..

1º. Peso Kgs Talla cms. Tensión Arterial máx mín (si la conoce)

2º. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de duración superior a 15 días o está sometido a algún tratamiento médico, o está siendo o ha sido estudiado recientemente por algún médico? ☐ SI ☐ NO

3º. ¿Durante los últimos 10 años ha sufrido algún accidente o ha sido intervenido quirúrgicamente? ☐ SI ☐ NO

4º. ¿Tiene alguna limitación física funcional? ☐ SI ☐ NO

5º. A lo largo de su vida, ¿ha padecido o le ha sido diagnosticada alguna enfermedad relacionada con? (Marque con una "X")

☐ Sistema nervioso ☐ Aparato digestivo (hígado, estómago, etc.) ☐ Órganos de los sentidos (vista, oído, etc.)

☐ Aparato locomotor (reumatismo, etc.) ☐ Aparato cardio-circulatorio (corazón, venas, etc.) ☐ Las mamas

☐ Psiquiatría ☐ Riñón y vías urinarias ☐ Hipertensión arterial ☐ Aparato respiratorio ☐ Órganos genitales

☐ Piel, enfermedades de transmisión sexual ☐ Sangre (anemia, leucemia, linfoma, etc.) ☐ Enfermedades infecciosas

☐ Sistema endocrino (diabetes, tiroides, etc.) ☐ ¿Es portador de anticuerpos frente al virus del SIDA? ☐ Tumores

6º. Si contestó afirmativamente a alguna de las preguntas, indique la causa

fecha duración consecuencias y estado actual

7º. ¿Qué deportes practica?

¿Como aficionado? ☐ ¿Como profesional? ☐

8º. ¿Tiene contratada en la actualidad alguna póliza de seguro de vida? ☐ SI ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, indique suma asegurada en caso de fallecimiento

Fecha <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	TOMADOR: <input type="text"/>	Firma del asegurado: <input type="text"/>
--	-------------------------------	---