

**SOLICITUD ADHESION POLIZA N°20140120429975 SEGURO DE INCAPACIDAD
LABORAL TRANSITORIA**

DATOS DEL TOMADOR

ILUSTRE COLEGIO DE ABOGADOS DE MÁLAGA

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	30 euros	10 días	No	01/ /	Semestral

Otras garantías, ver: condiciones particulares, especiales y generales.

DECLARACIÓN DE SALUD

- Fuma: Sí No 2. Tensión arterial: 3. Talla: Cm. 4. Peso: Kg
- Bebidas alcohólicas: : Sí No Cantidad diaria:
- Si ha precisado baja laboral de más de 15 días díganos cuando y por qué:
- ¿Tiene alguna malformación, deformación, anomalía congénita o adquirida?
- Trastornos del aparato digestivo, hígado o vesícula biliar, ano-rectales, cardíacas o del aparato circulatorio enfermedades respiratorias (pulmón, pleura, bronquios etc.)
- Procesos infecciosos o parasitarios, endocrinos o metabólicos (diabetes, trastornos glandulares hipercolesterolemia etc.)
- afecciones en la espalda y/o columna vertebral (cervicobraquialgias, hernias discales etc.)
- Alteraciones del sistema nervioso, de la sangre y sistema linfático, psiquiátricas:
- Enfermedades de la piel (quistes eccemas, etc.), nariz, oído y/o laringe, oculares
- Enfermedades genitourinarias (renales y sus vías, ginecológicas, órganos genitales, etc.)
- Alguna afección todavía no nombrada
- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Motivo y cuándo se efectuó
- 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:
- ¿Ha sufrido lesiones óseas, musculares, articulares, ligamentosas y/o tendinosas; enfermedades reumáticas? ¿ha realizado rehabilitación o Fisioterapia?
- ¿Ha sufrido algún accidente? Sí No Naturaleza y fecha
¿Con qué lesiones? ¿Ha dejado secuelas?
- ¿Esta en la actualidad bajo control médico? Tratamiento y motivo
- ¿Conduce motocicletas?
- ¿Tiene contratado o solicitado otro seguro de indemnización?

En

a

Firma del asegurado

Firma La Correduría