

# Declaración de Salud



Por favor complete esta declaración de salud para usted y para cualquier persona dependiente que haya nombrado en su formulario de solicitud; y marque la casilla correspondiente a su respuesta.

		Asegurado Principal	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
1	Nombre					
2	Apellidos					
3	E-mail					
4	N.I.F.					
5	Fecha de Nacimiento					
6	Peso (kg)					
7	Altura (cm)					
8	Género	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
9	¿Ha fumado en los últimos siete años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	En caso afirmativo, indique el número de cigarrillos que se fumaba al día y cuando dejó de fumar.					
10	¿En los últimos 10 años ha sufrido?					
	a. ¿Alguna cirugía?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	b. ¿Algún tratamiento láser, quimioterapia o tratamiento de radiación?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
11	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna enfermedad o se ha visto envuelto en un accidente que le haya causado?:					
	a. ¿Baja por enfermedad de al menos 3 semanas seguidas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	b. ¿Recibir un tratamiento médico de al menos un mes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
12	¿Ha sufrido o ha sido diagnosticado de?					
	a. Trastorno nervioso (fatiga crónica, ansiedad, depresión, migraña, epilepsia)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	b. Trastorno de la médula espinal (dolor de espalda, ciática, cuello rígido)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

	Asegurado Principal	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	
12	c. Artritis reumatoide (ej. cadera, rodilla, hombros, manos)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	d. Problemas vasculares y/o de corazón (ej. hipertensión, angina de pecho, ataque de corazón, anomalías del ritmo cardíaco, aneurisma)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	e. Desórdenes del esófago, estómago, estómago, hígado, páncreas (ej. úlceras de estómago, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	f. Problemas urinarios (ej. cólico renal, problemas testiculares o de próstata, problemas de vejiga o riñón, pólipos)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	g. Trauma, desorden o enfermedad que requiera cuidados médicos regulares y/o tratamiento médico regular.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
13	¿Alguna vez ha realizado una prueba de detección serológica de la siguiente manera? En caso afirmativo, especifique el resultado en la tabla de abajo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	a. ¿Hepatitis B virus (HBV)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	b. ¿Hepatitis C (HCV)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	c. ¿VIH (SIDA)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
14	¿Alguna vez ha tenido problemas de adicción relacionados con el alcohol y/o drogas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
15	Dentro de los próximos 6 meses después de la fecha efectiva de su contrato, cree usted que:					
	a. ¿Visitará al médico o requerirá alguna prueba (ej. laboratorio, imagen, endoscopia) y/o visitará al especialista y/o buscará tratamiento médico o quirúrgico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	b. ¿Recibirá tratamiento hospitalario? (ej. extracción de amígdalas, extracción de quiste, extracción de un lunar)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

## Salud Dental y Oftalmológica (solo modalidad top)

	Asegurado Principal	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	
16	¿Le faltan piezas dentales que no hayan sido sustituidas? (A excepción de dientes de leche o muelas del juicio)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	En caso afirmativo, precisar, cómo, cuáles y cuándo:					

		Asegurado Principal	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
17	¿Tiene prótesis dentales fijas (Coronas, implantes, puentes, etc...)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	En caso afirmativo, precisar, cómo, cuáles y cuándo:					
18	¿Tiene previsto someterse, o es necesario que se someta, a algún tratamiento dental, de paradontosis o cirugía oral?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	En caso afirmativo, rogamos especifique el tratamiento.					
19	¿Sufre de paradontosis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
20	¿Se ha sometido a una revisión dental en los últimos 5 años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	En caso afirmativo, rogamos indique la fecha (DD/MM/AAAA):					
	Y el resultado:					
21	¿Se ha sometido en los últimos 5 años a algún tipo de tratamiento, pruebas o análisis oftalmológicos; tales como disminución de la agudeza visual o capacidad de refracción (con o sin gafas), enfermedades de la retina u otras enfermedades	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

## Su formulario de declaración de seguro de accidentes (solo modalidad top)

Por favor complete esta declaración de salud para usted y para y cualquier persona dependiente que hay nombrado en su formulario de solicitud; y marque la casilla correspondiente a su respuesta.

		Asegurado Principal
22	¿Sufre alguna discapacidad o una enfermedad crónica?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
23	En los 12 meses anteriores a la fecha de vigencia de su contrato, ¿ha tomado una baja por enfermedad más de 3 veces?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
24	¿Usted o alguien de su familia tiene antecedentes de las siguientes enfermedades? ¿Enfermedad cardíaca, vascular, neurológica, psiquiátrica, cáncer, diabetes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
25	¿Está usted actualmente de baja por enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
26	¿Ha sido declarado inhabilitado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Está en proceso de ser declarado discapacitado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27	¿Está actualmente asegurado para un seguro de salud o de vida?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez le han negado, restringido o recibido una prima de carga para una póliza anterior?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
28	¿Vuela en un avión privado o de aviación como pasajero o piloto? (Excepto las aeronaves comerciales regulares)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
29	¿Ha sufrido alguna condición médica distinta de las mencionadas anteriormente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
30	Por favor agregue cualquier otra información sobre su estado de salud que deberíamos saber?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## Declaración de salud

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, aclare los detalles en la tabla siguiente.

	Nº de Pregunta	Fecha de la declaración de los primeros síntomas	Fecha de los últimos síntomas	Tratamiento, prueba y resultados	Precisiones complementarias
Asegurado Principal					
Cónyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					
Hijo 3					

## Declaración y autorización

- Para asegurar la confidencialidad médica, deberá presentar este cuestionario y cualquier documento médico confidencial sellado y marcado, dirigido a la atención de la junta médica de Henner:  
Centro Médico (cuidado y protección) Henner Medical Department  
14 Boulevard du Général Leclerc, CS 20058,  
92527 Neuilly-sur-Seine Cedex- FRANCE  
Medical.questionnaire@henner.com
- Por favor, si necesita más espacio para dar su respuesta, proporcione su respuesta en una página aparte y adjúntela a esta declaración al enviarla. Si está solicitando más de 3 hijos, por favor complete un segundo formulario para los niños adicionales.
- Certifico que las declaraciones anteriores son completas, precisas y veraces y estoy de acuerdo en proporcionar a la junta médica de Henner toda la información médica que necesitan. Cualquier deformación u omisión hará que la póliza sea nula y sin efecto y las primas pagadas serán retenidas por el asegurador como daños y perjuicios. El asegurado y sus dependientes tendrán que devolver los beneficios que han recibido.

Marque la casilla si desea que su intermediario (si lo hay) sea su representante oficial para preguntas médicas:

- Yo, el abajo firmante, autorizo al Consejo Médico Asesor o al asegurador a proporcionar y solicitar a mi intermediario cualquier información médica que sea requerida.

Su correo electrónico (obligatorio):

Firmado en (Ciudad, País):

Fecha:

Firma(s) del asegurado y de todos los dependientes que hayan alcanzado la mayoría con la mención "leído y aprobado":

### Información Precontractual

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura declara:

- Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL INSURANCE SE, Sucursal en España, con domicilio en Torre de Cristal, Paseo De La Castellana 259 C, Planta 34, 28046 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización N° E 0235.
- El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es Alemania, la Autoridad de Control es BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), con domicilio en Graurheindorfer Str. 108I, 53117 Bonn, Alemania.
- Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y demás normativa española de desarrollo.
- Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

#### a. Instancias internas de reclamación:

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrá Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso, o al departamento o área implicada de Markel Insurance SE, Sucursal en España.

En caso de no quedar satisfecho, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla por escrito a nuestro Servicio de Atención al Cliente:

Titular del Servicio: D<sup>a</sup> Sandra Santos Matarranz  
 C/ Serrano 76, 6 Derecha  
 28006 – Madrid  
 Teléfono: 91 556 19 78  
 E-mail: atencioncliente@markel.com

**b. Instancias externas de reclamación:**

En caso de que su reclamación o queja no haya sido admitida, o se haya desestimado total o parcialmente su petición, o haya transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación ante el Servicio de Atención al Cliente sin que haya sido resuelta, Ud. podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En caso de disputa, usted podrá reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

**INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

**RESPONSABLE:** MARKEL INSURANCE SE SUCURSAL EN ESPAÑA, Paseo de la Castellana 259C, Torre de Cristal, planta 34, 28046 de Madrid, markel@delegado-datos.com, W2764898I. **FINALIDADES:** Estudio y cotización de la póliza solicitada a través de su corredor. **LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado. **CESIONES:** A los corredores responsables de la solicitud y, en los casos legalmente establecidos. **CONSERVACIÓN:** Durante la vigencia de la cotización y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos legalmente para atender responsabilidades. **DERECHOS:** Tiene derecho a solicitar el acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos dirigiéndose a los datos de contacto del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)).

**Declaración**

Declaro/Declaramos que (a) este formulario ha sido completado tras una apropiada investigación; (b) sus contenidos son verdaderos y exactos y (c) todos los hechos y asuntos que puedan ser relevantes para la consideración de nuestra propuesta de seguro han sido comunicados. Asimismo, acuerdo/acordamos que este formulario y toda la información proporcionada será incorporada al contrato de seguro y formarán parte del mismo.

Firma:

Nombre:

Cargo:

Fecha:

**Markel Insurance SE, Sucursal en España**  
 Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, Planta 34, 28046 Madrid

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 37.853, Folio 1, Hoja M-674189, Inscripción 1  
 C.I.F.: W2764898I

Markel Insurance SE está regulada por BaFin (**Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**)

Markel Insurance SE, Sucursal en España está regulada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con código de inscripción E-0235.

