

**DEBE CONTESTAR SINCERAMENTE A TODAS LAS PREGUNTAS Y NO UTILIZAR SIGNOS O RAYAS COMO RESPUESTAS.  
DE SUS CONTESTACIONES DEPENDE QUE SU SEGURO TENGA LA VIGENCIA Y LE PRESTE TODO EL SERVICIO QUE DESEA.**

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **D.N.I.\*:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Profesión:** \_\_\_\_\_  
**Deportes o actividades físicas que practica o realiza:** \_\_\_\_\_  
**Profesionalmente:** \_\_\_\_\_

**1.** (Táchese lo que proceda)

a) ¿Se encuentra actualmente en perfecto estado de salud y sin síntoma alguno de enfermedad? .....  SI  NO  
 En caso negativo especifíquelo .....

b) ¿Tiene Vd. algún defecto físico? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo ¿cuál? .....

**2.** ¿Cuáles son?

a) Su peso ..... b) Su estatura ..... c) Tensión arterial .....

d) ¿Fuma? ¿Qué cantidad al día? .....  SI  NO

e) ¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Cuánto? .....  SI  NO

f) ¿Consume o ha consumido estupefacientes? ¿Cuáles? .....  SI  NO

g) ¿Toma Vd. analgésicos, somníferos, u otros medicamentos? .....  SI  NO

h) ¿Conduce motocicletas? .....  SI  NO

**3.**

a) ¿Ha padecido enfermedades? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo indique cuáles, cuándo las padeció y que duración tuvieron .....

b) ¿Le quedó como consecuencia de ellas algún problema? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo ¿cuáles? .....

**4.**

a) ¿Ha sido sometido operado alguna vez? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo indique de qué, cuándo y por quién .....

b) ¿Ha sido sometido o le han recomendado someterse a alguna intervención quirúrgica, o tratamiento en centros especializados? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo, indicar de qué, cuándo y detalles .....

c) ¿Ha ido al médico en los últimos seis meses? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo. Indicar motivo .....

**5.**

¿Ha padecido algún accidente o traumatismo grave? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo indique con qué consecuencias .....

**6.**

¿Ha sido sometido al test del SIDA? .....  SI  NO  
 En caso afirmativo indicar resultado, fecha y motivo .....

(\*) Dato de cumplimentación obligatoria, según el Real Decreto 338/1990, de 9 de marzo.

"Si la compañía solicita información complementaria, la fecha de efecto del seguro será la de confirmación por la compañía de la aceptación del asegurado, una vez estudiado el expediente. A tal efecto será conveniente que el titular envíe la información en el menor plazo posible.

Declaro que la información de este documento facilitado por mí es cierta, y no oculta nada que pueda influir en la apreciación del riesgo.

El abajo firmante declara que los datos recogidos en el presente documento, necesarios para la contratación del seguro, que facilita a AEGON SEGUROS Y REASEGUROS de Vida, Ahorro e Inversión, S.A. son ciertos y autoriza expresamente a que la totalidad de los mismos, incluidos los datos de salud, sean tratados automatizadamente, pudiendo ser almacenados en un fichero de carácter personal. Así mismo, los datos referentes al contrato, incluidos los de salud, así como los siniestros vinculados a la póliza, podrán ser tratados por otras entidades (nacionales o extranjeras, dentro o fuera del ámbito del espacio económico europeo) que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de la póliza, intervengan en su gestión.

A estos efectos los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que reconoce la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal serán ejercitados ante AEGON SEGUROS Y REASEGUROS de Vida, Ahorro e Inversión, S.A. con domicilio social en Madrid, calle Príncipe de Vergara Nº156 Madrid, código postal 28002.

Asimismo autoriza a ceder sus datos, excepto los de salud, al resto de las Empresas del Grupo AEGON (AEGON Salud), al objeto de que le sea remitida información de otros productos y servicios. En todo caso los derechos antes referidos se ejercerán igualmente ante AEGON SEGUROS Y REASEGUROS de Vida, Ahorro e Inversión, S.A. que es a estos efectos responsable de los mismos.

El Asegurado

El Tomador

 SI  NO

(En caso de no querer autorizar la cesión de sus datos a Empresas del Grupo AEGON marque la casilla NO)

Hecho en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_