



CUESTIONARIO CONTRATACIÓN CASER

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Dirección completa:

Teléfono:

Fecha de efecto del seguro:

Domiciliación bancaria:

Beneficiarios:

Profesión (especificar las tareas realizadas en el trabajo):

Opción de seguro elegida (garantías):

DATOS DE SALUD

Peso:

Talla:

PREGUNTAS MÉDICAS

1. ¿Padece, o ha padecido, o ha sido diagnosticado de: cáncer, diabetes insulino dependiente, enfermedades cardiovasculares, enfermedades graves de tipo hepático, neurológico, renal, respiratorio o ser seropositivo al virus V.I.H.?
2. Durante el último año, ¿ha sido ingresado en un centro hospitalario? o ¿ha causado baja laboral por más de 15 días? (no considerar bajas e ingresos por embarazo o maternidad)
3. ¿Padece alguna minusvalía física o limitaciones sustanciales en los órganos sensoriales?
4. ¿Consume medicamentos de forma regular para la tensión arterial u otra enfermedad?

En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, consigne aquí los máximos detalles posibles:

FECHA: