

Cuestionario sobre Trastornos Musculoesquelético - Solicitante

Nombre y Apellidos: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿De qué trastorno Musculoesquelético padece /padeció?

2. ¿Qué parte(s) de su cuerpo se ven / vieron afectadas?

3. ¿cuál fue la causa del problema?

4. ¿Cuándo notó por primera vez algún síntoma?

5. ¿Está totalmente recuperado?

Sí No

En caso afirmativo, indique desde cuándo.

6. ¿Ha habido más de un episodio?

Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha y duración de cada episodio

7. Proporcione información sobre toda ausencia laboral a consecuencia de
de esta enfermedad.

8. Comente cualquier aspecto de sus actividades laborales que pueda llegar
a exacerbar la enfermedad.

9. ¿Fue necesaria una cirugía o se ha planeado alguna?

Sí No

En caso afirmativo, proporcione datos sobre la operación, fechas y lugar
en el que se llevó a cabo.

10. ¿Qué otro tratamiento se le ha recetado? Por ejemplo, medicamentos
antinflamatorios calmantes para el dolor fisioterapia.

11. Proporcione toda información adicional relativa a su enfermedad, que usted
considere útil para la gestión de su solicitud.

Declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas son ciertas y que no he ocultado
ninguna información fundamental que pueda influir en la evaluación o captación de la presente
solicitud de seguro.

Considero en que el presente cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro y en que si
llegase a ocultar un hecho de mi conocimiento, el contrato podrá ser declarado nulo.

Firma: _____ Fecha: _____