

Para ser llenado completamente por el Proponente

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional

Rogamos contestar todas las preguntas y proporcionar toda la información solicitada.

Nombre del solicitante

1- ¿Cuándo se diagnosticó la diabetes por primera vez?

2- Con respecto al tratamiento:

a). ¿Toma algún medicamento? SI NO

Nombre de los medicamentos:

b). ¿Se administra insulina? SI NO

Tipo de Insulina: Dosis: Matutina y Vespertina

c). ¿Ha cambiado de tratamiento en los últimos dos años? SI NO

En caso afirmativo, facilite más información.

3- ¿Sigue usted una dieta estricta? SI NO ¿Cuál?

4- Con respecto al seguimiento de su enfermedad:

a). Indique el nombre y el domicilio del médico o de la clínica que supervisa su tratamiento.

Nombre del Médico / Clínica

Domicilio Teléfono

b). ¿Con qué frecuencia acude a revisión?

c). ¿Cuándo acudió por última vez a consulta?

d). ¿Con qué frecuencia se somete a análisis de sangre y orina para comprobar los niveles de glucosa?

e). Indique los resultados habituales de sus análisis marcando la casilla que corresponda:

I. Glucosa en sangre:

Inferior a 8 mmol / 140 mg. 8.1-9 mmol 141-160 mg 9,1-11,0 mmol 161-198 mg. 11,1 mmol 198 mg o más

II. Glucosa en orina:

Negativo + ++ +++ o superior

f). Indique las fechas y los resultados de las dos últimas pruebas HbA1c (hemoglobina glicosilada), si dispone de ellos.

1. Fecha Resultado:

2. Fecha Resultado:

5- Desde que comenzó el tratamiento, ¿ha sufrido alguna vez un coma diabético (hiperglucémico) o insulínico (hipoglucémico). En caso afirmativo, facilite información detallada incluidas las fechas.

Si No

6- ¿En alguna ocasión ha tenido alguno de los problemas siguientes derivado de la diabetes?

- a). Problemas oculares Si No
- b). Presión arterial alta Si No
- c). Problemas cardíacos o circulatorios Si No
- d). Albúmina o proteína en la orina Si No
- e). ¿Siente hormigueos o se le duermen los pies o las piernas? Si No

En caso afirmativo (en cualquiera de los casos mencionados), facilite más información.

7- ¿Ha tenido que ausentarse del trabajo por la diabetes o enfermedades asociadas?

En caso afirmativo, facilite información detallada, incluyendo las fechas y el período de las ausencias laborales.

de a

de a

de a

de a

de a

8- Facilite cualquier otra información sobre su enfermedad que considere útil para la tramitación de su solicitud.

Declaro que las respuestas son verdaderas a mi leal saber y entender y que no he ocultado información material que pueda influir en la evaluación o aprobación de la presente solicitud.

Consiento en que este formulario forme parte de mi solicitud de seguro de vida y en que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de cualquiera de los hechos mencionados puede ser motivo de rescisión del contrato.

_____ Nombre y firma del Solicitante

Fecha en el de de