

## Evaluación de riesgos

### Informe del examen médico - Estrictamente confidencial Para uso exclusivo del médico y de la aseguradora

Nombre completo

Fecha de nacimiento  
(dd/mm/aaaa)

Profesión

#### Parte 1 Identificación del cliente

Indique el número del documento de identidad o pasaporte del cliente:

Se prefieren estos dos comprobantes de identidad; si el cliente no tiene ninguno de ellos, se puede aceptar el certificado de nacimiento o la licencia de conducir.

¿Considera que el cliente se ha identificado de manera satisfactoria? Sí  No

  
  

**SI EL SOLICITANTE NO ESTÁ EN CONDICIONES DE IDENTIFICARSE DE MANERA SATISFACTORIA, NO PROCEDA CON EL EXAMEN.**

#### Parte 2 Declaración de antecedentes personales y médicos de la persona examinada

Cuando el examinador lo considere necesario, ampliará las preguntas. En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de ellas, proporcione explicaciones detalladas y fechas.

1. ¿Ha padecido alguna vez una de las siguientes enfermedades?

a) bronquitis, asma, afección respiratoria o pulmonar Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.

  
  

b) ansiedad, depresión, crisis nerviosa u otro trastorno nervioso o mental Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.

  
  

c) angina de pecho, infarto de miocardio, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, afección circulatoria o cualquier otro trastorno cardíaco Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.

d) trastornos gástricos, intestinales, hepáticos o de la vesícula      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


e) trastornos musculares, óseos o articulares, p.ej. artritis o gota      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


f) trastornos renales, de la vejiga o cualquier otro trastorno urinario      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


g) cancer, tumores, neoplasias, masas o cualquier tipo de hipertrofia de una glándula      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


h) accidente cerebrovascular, derrame cerebral o trastorno neurológico      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


i) cualquier afección en los oídos, los ojos o la garganta      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


j) cualquier enfermedad, anomalía física, herida o cicatriz importantes no mencionadas arriba      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


k) diabetes, glucosuria, trastornos de las tiroides o de la sangre      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


l) **Sólo para mujeres** - cualquier trastorno de los órganos femeninos (senos, ovarios, útero) o cualquier anomalía del embarazo o del trabajo de parto, p.ej. cesárea o aborto espontáneo      Sí     No       En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


2. a) ¿Se le han hecho alguna vez intervenciones quirúrgicas, radiografías o análisis de sangre? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


b) ¿Está recibiendo algún tipo de tratamiento con medicamentos o fármacos recetados por un médico? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


c) ¿Ha recibido alguna vez un tratamiento para la hipertensión? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


3. a) ¿Le han hecho alguna vez una prueba de SIDA? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


b) ¿Ha recibido alguna vez asesoría, recomendaciones médicas o tratamientos en relación con el SIDA o VIH o con cualquier otra enfermedad de transmisión sexual, incluida la hepatitis B? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


4. ¿Ha consumido alguna vez drogas recreativas? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


5. a) ¿Qué cantidad de alcohol consume por semana y en qué forma? Nótese que "N/A", "-" y "/" no se consideran respuestas aceptables.

Cerveza (litros)	<input type="text"/>
Vino (botellas de 75 cl)	<input type="text"/>
Licores (medidas)	<input type="text"/>

b) ¿Qué cantidad de tabaco consume al día y en qué forma?

Cigarrillos	<input type="text"/>	Cigarros electronicos	<input type="text"/>
Puros	<input type="text"/>		
Gramos de tabaco	<input type="text"/>		

c) ¿Fue significativamente diferente alguno de estos hábitos en el pasado? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


d) ¿Una aseguradora le ha rechazado, aplazado o aceptado con restricciones una solicitud de seguro de vida, o ha retirado usted una solicitud? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada a continuación.


6. ¿Algún familiar cercano padece o ha padecido:

a) cáncer, diabetes, enfermedad cerebrovascular, afección renal, esclerosis múltiple, afección cardíaca, hipertensión arterial? Sí  No

b) alguna enfermedad hereditario? Sí  No

c) ¿Falleció algún familiar cercano antes de cumplir 65 años? Sí  No

Rellene la siguiente tabla.

Familiar	Vivo		Fallecido	
	Edad	Estado de salud	Edad de la muerte	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
Hermano(s)				
Hermana(s)				

### Declaración

#### Ley de Protección de Datos Personales

Cualquier dato que comunique a RL360° podrá compartirse con otras empresas tanto dentro como fuera del Grupo RL360°, y con personas que actúan en representación del asegurado, siempre y cuando la legislación lo permita. Sus datos e información personales podrán transferirse fuera de la Isla de Man, y es posible que RL360° los transmita a su autoridad reguladora, su administración pública o cualquier otra entidad a la que tenga la obligación legal de comunicarlos.

RL360° podrá usar sus datos e información personales para gestionar su póliza, prevenir la delincuencia, perseguir a delincuentes así como para fines de análisis de mercado y estadísticas. RL360° se asegurará en todo momento de que sus datos e información personales se usen exclusivamente para fines permitidos por la ley.

La Ley de la Isla de Man sobre Protección de Datos de 2002 le permite, mediante el pago de una cuota mínima, obtener una copia de sus datos e información personales en manos de RL360°.

Si desea más información al respecto, dirijase a: Data Protection Officer, RL360°, RL360 House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles.

#### El firmante debe ser la persona examinada.

Declaro que, a mi leal saber y entender, las respuestas a este cuestionario son verdaderas y sinceras y acepto que formen parte de mi solicitud de suscripción de un seguro de vida.

Firma de la persona examinada

Fecha (dd/mm/aaaa)

### Parte 3 Examen médico

El médico es quien debe responder a las siguientes preguntas. Proporcione explicaciones detalladas cuando proceda.

#### Medidas (en ropa interior)

Estatura	Pies	<input type="text"/>	Pulgadas	<input type="text"/>	Centímetros	<input type="text"/>
Peso	Libras	<input type="text"/>	Kilogramos	<input type="text"/>		
Tórax:						
Inspiración	Pulgadas	<input type="text"/>	Centímetros	<input type="text"/>		
Espiración	Pulgadas	<input type="text"/>	Centímetros	<input type="text"/>		
Abdomen	Pulgadas	<input type="text"/>	Centímetros	<input type="text"/>		

#### 1. Información general

a) Hasta donde usted sabe, la persona examinada (marque la casilla correspondiente)

Tiene un peso estable  Está subiendo de peso  Está perdiendo peso


Proporcione información adicional cuando proceda.

b) Describa el aspecto general y la complexión de la persona examinada


c) ¿Se corresponde la apariencia con la edad declarada?

Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.


d) ¿Hay signos de anomalías físicas, intervenciones quirúrgicas o traumatismos previos (p.ej. cicatrices)?

Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.


e) ¿Hay signos de hábitos inmoderados?

Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.


#### 2. Pulmones

a) ¿Está el tórax bien desarrollado y se expande libremente?

Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.


b) ¿Hay signos físicos anormales?

Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.


c) ¿Son normales los ruidos respiratorios?

Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.


### 3. Corazón

a) ¿Es el latido cuspidal en la posición normal? Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.


b) ¿Es anormalmente potente? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.


c) ¿Se observa hipertrofia del corazón? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.


d) ¿Son anormales los ruidos cardíacos o se escucha un soplo? Si ha detectado un soplo, describalo e indique si lo considera de origen funcional u orgánico y por qué.


e) ¿Es normal el ritmo cardíaco? Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.


### 4. Pulso

a) Mida y caracterice el pulso.


b) ¿En qué estado se encuentran las paredes arteriales?


c) ¿Se observa alguna anomalía vascular en las piernas o una reducción del pulso del pie? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.


### 5. Tensión arterial

Si la primera lectura arroja valores superiores a 140 (sistólica) o 90 (diastólica, 5ª fase), efectúe otras dos lecturas cada 5 minutos.

	1ª lectura	2ª lectura	3ª lectura
Tensión sistólica			
Tensión diastólica (5ª fase)			
Pulso			

## 6. Sistema nervioso

- a) ¿Son normales las reacciones de las pupilas? Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.  

- b) ¿Son normales los reflejos de rodillas y tobillos y la marcha? Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.  

- c) ¿Son normales el habla, la memoria y la vista? Sí  No  En caso negativo, proporcione información detallada y fechas.  

- d) ¿Hay signos de un trastorno del oído o de una disfunción auditiva? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.  

- e) ¿Hay signos de una afección del sistema nervioso central? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas.  


## 7. Abdomen

- a) ¿Hay signos de trastornos digestivos pasados o presentes o de trastornos:
- i) hepáticos? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas/  

- ii) esplénicos? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas/  

- iii) gástricos? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas/  

- iv) intestinales? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas/  

- b) ¿Se observa alguna hernia? Sí  No  En caso afirmativo, proporcione información detallada y fechas/  


