

# FAIRSURE SEGURO DE VIAJE

## Cuestionario de Salud

Si usted no puede conformarse con las preguntas médicas de la garantía abajo, puede rendir cualquier seguro nulo y sin efecto - cualquier presentación de las demandas puede ser negado

El seguro de viaje de Fairsure funciona encendido la base que usted es sano, ajuste a viajar y para emprender el viaje, y que usted no está viajando contra consejo médico o con la intención de obtener el tratamiento médico al exterior. A menos que usted declare de otra manera a nosotros, le sostendrán para autorizar que esto es verdad ambos a la hora de la reservación y cuando usted comienza el viaje. En contestar a las preguntas, usted debe aconsejarnos de los hechos materiales que pudieron influenciar a aseguradores en la aceptación del seguro (por ejemplo, su propio estado de la salud). Si usted está en CUALQUIER duda, debe ser divulgado. Esta póliza no se puede ampliar para proporcionar la cobertura médica para ninguna persona en el caso de síntomas médicos desconocidos. Los suscriptores se placerán considerar una extensión de su póliza sobre recibo de una diagnosis completa de su doctor.

|                       |   |                             |                             |
|-----------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Pregunta</b><br>1. | Ha usted o cualquier persona asegurado(a) bajo esta póliza recibido cualquier tratamiento médico (incluyendo la investigación, la medicación o seguimiento) para:- desorden del corazón, una condición relacionada cardiovascular o circulatoria (por ejemplo: hipertensión, angina, tensión arterial alta, coágulos de sangre, colesterol levantado, stroke, ataque isquémico transitorio o hemorragia del cerebro)? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|

|                       |   |                             |                             |
|-----------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Pregunta</b><br>2. | Ha usted o cualquier persona asegurado(a) bajo esta póliza sufrido de, prescrito cualquier medicación, recibido cualquier tratamiento, o atendido cualesquier consultas, investigaciones o cartas recordativas, para cualesquier condiciones médicas o psicologicas en el plazo de los 18 meses pasados?<br>Usted no tiene que declarar cualquier cosa ofrecida en la lista RENUNCIADA de las condiciones a la vuelta O:<br>➤ Asma suave (sufrido de manera puntual, bien controlado con no más que 2 medicaciones (no nebulizer/oxigeno en casa) y ninguna hospitalización en los últimos 12 meses / no fumador).<br>➤ Diabetes Mellitus (sufrido de manera puntual, bien controlado con no más que 1 medicación y ninguna hospitalización en los últimos 12 meses /no fumador). | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|

Si usted ha contestado SÍ a Ps 1 o 2 arriba por lo que se refiere a usted o a cualquier persona que viajaba, USTED debe ponerse en contacto con "Accident & General" investigación médica llamando al 00353-1874-8458 para declarar la (s) condición (es). Le preguntarán otras sobre la (s) condición (es) y para cubrir las condiciones declaradas un premio adicional puede ser pagado. Sus respuestas a las preguntas formarán parte de la póliza y serán incorporadas en ella.

|                |  |
|----------------|--|
| Por favor Nota | <p>➤ Ninguna demanda que se presenta directamente o indirectamente de cualquier condición médica preexistente de declaración obligatoria afectando a cualquier persona que viaja bajo este seguro será cubierta a menos que usted declare esa condición a la investigación médica antes del comienzo del viaje y la aceptan por escrito.</p> <p>La cobertura se aplica solamente después que su póliza ha sido publicada por su agencia de viajes, se ha declarado cualquier condición médica preexistente de declaración obligatoria, se ha pagado la prima aceptado y adicional (si cualquiera). Cobertura de Cancelación y del Acortamiento: Es importante observar que la póliza contiene condiciones y exclusiones - incluyendo alguno en lo referente a compañeros que viajan de los no-asegurados, parientes o personas inmediatos con quienes usted se prepone permanecer mientras que en su viaje (en el caso de cualquier necesidad de cancelar o de acortar un viaje). Asegúrese por favor de que usted lea su documento de la póliza cuidadosamente.</p> |
|----------------|--|

Nombre : \_\_\_\_\_  
( en LETRAS CAPITALES)

Firma : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_