

Debe instalarse (si no lo tiene ya) el Acrobat Reader en siguiente enlace.

URL: <https://get.adobe.com/es/reader/>



CLICAR ENCIMA DE UNA DE LA SIGUIENTES OPCIONES.

- 1- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPAD](#)
- 2- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPHONE](#)
- 3- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MAC](#)
- 4- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MÓVIL ANDROID](#)
- 5- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON WINDOWS](#)

## 1- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPAD

### EDITAR DOCUMENTO

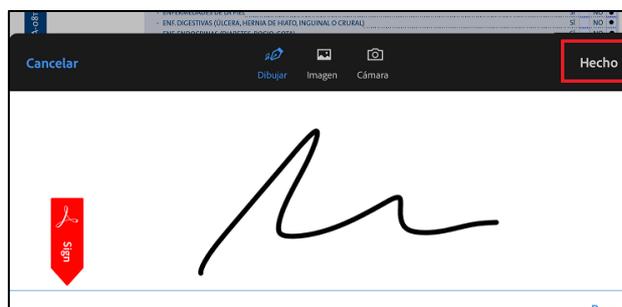
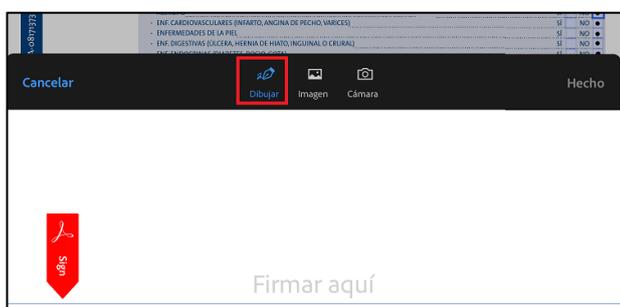
1. Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

2. Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:

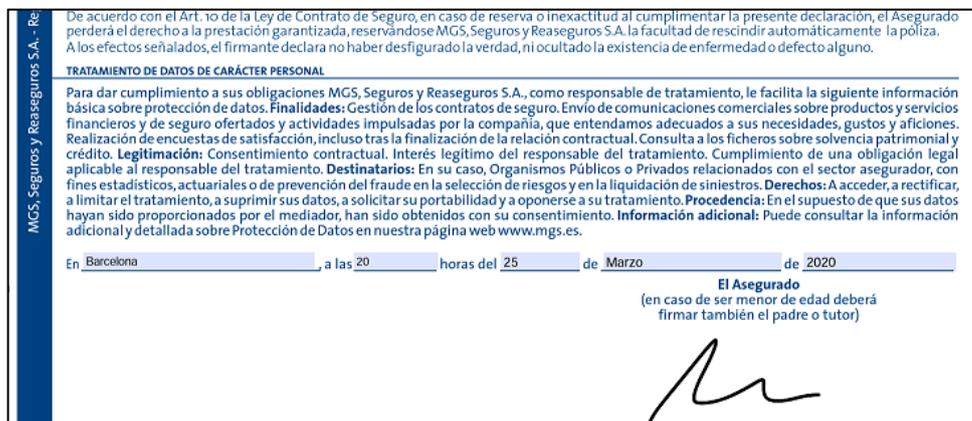
3. En la parte superior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “crear firma”:



4. Escoger la opción “Dibujar”. Se abrirá un espacio para dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Hecho”



5. Volver a pulsar sobre el icono de la “pluma” y escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.

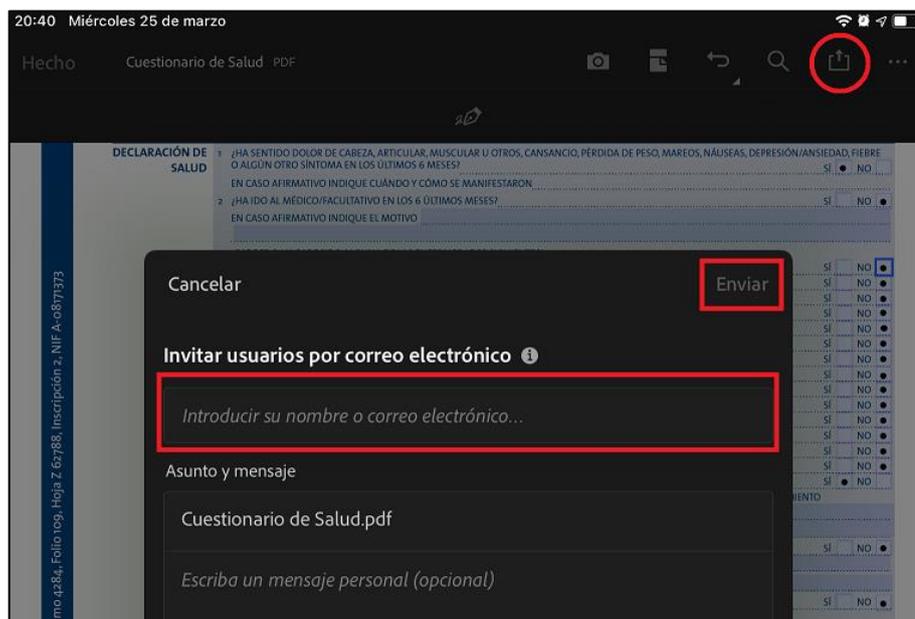


**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**

**OPCIÓN 1:**

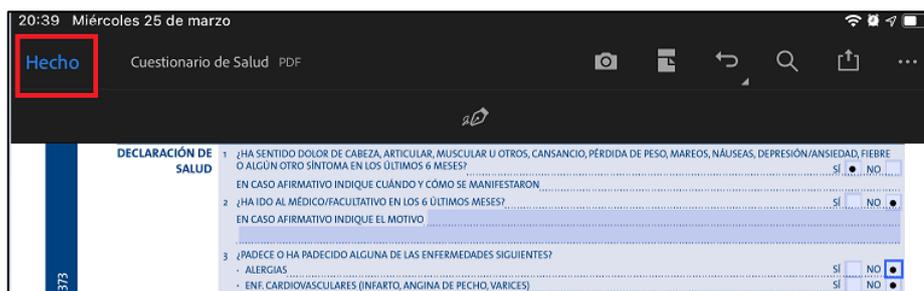
Pulsar sobre el icono : introducir correo electrónico para la persona a la que se desea enviar directamente y confirmar operación pulsando botón “Enviar”:

(Esta opción NO permite guardar el documento, únicamente lo enviará a una dirección mail)

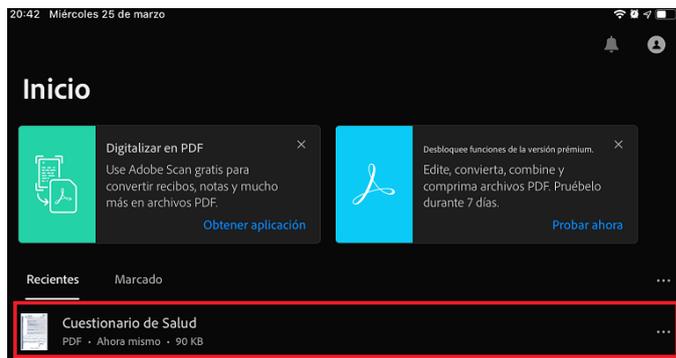


**OPCIÓN 2:**

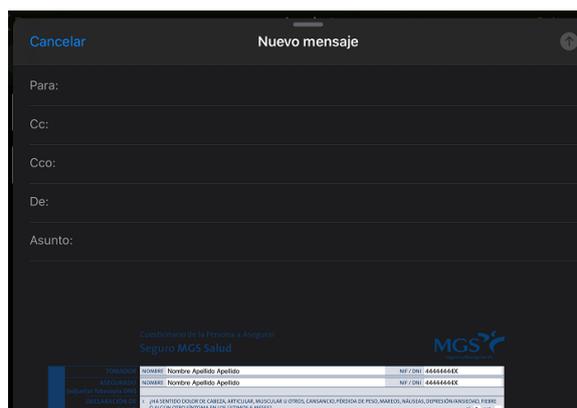
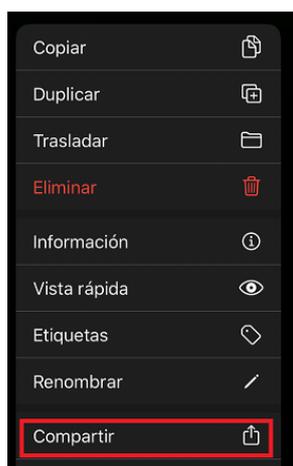
1. Una vez firmado el documento, finalizar y guardar pulsando botón “Hecho” (margen superior izquierdo de la pantalla)



2. El documento se archivará en el menú principal del Adobe Acrobat. Debemos presionar encima del archivo:



3. Pulsando encima del archivo, se abrirá un desplegable en el que debemos seleccionar la opción compartir a través de "correo". Se nos abrirá pantalla con el documento ya adjunto en el que deberemos indicar el correo electrónico de nuestro destinatario, el asunto y enviamos.



## 2- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPHONE

### EDITAR DOCUMENTO

- 1- Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

- 2- Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:

En Barcelona, a las 20 horas del 25 de Marzo de 2020

El Asegurado  
(en caso de ser menor de edad deberá firmar también el padre o tutor)

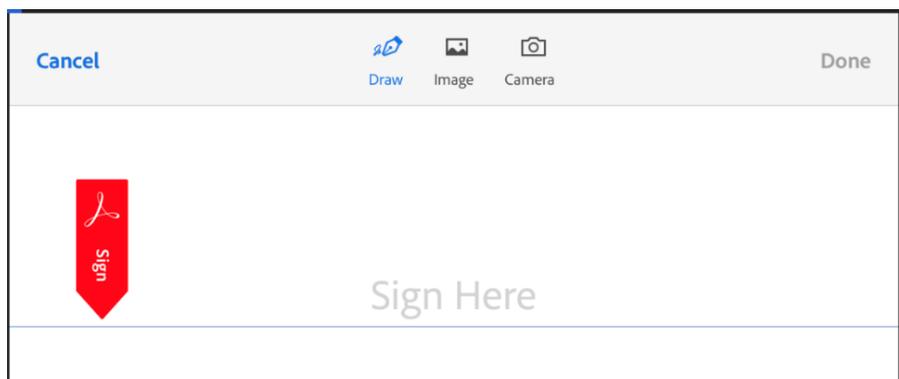
**Ejemplar para MGS, Seguros y Reaseguros S.A.**  
Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.

En Barcelona, a las 20 horas del 25 de Marzo de 2020

(en caso de ser menor de edad deberá firmar también el padre o tutor)

**Ejemplar para MGS, Seguros y Reaseguros S.A.**  
Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.

- 3- Escoger la opción “Dibujar”. Se abrirá un espacio para dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Hecho”



- 4- Volver a pulsar sobre el icono de la “pluma” y escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.



20:39 Miércoles 25 de marzo

Hecho Cuestionario de Salud PDF

DECLARACIÓN DE SALUD

1 ¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR, U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍMPTOMA?

2 ¿HA IDO AL MÉDICO EN CASO AFIRMATIVO?

3 ¿PADECE O HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

- ALERGIAS
- ENF. CARDIOVASCULARES
- ENFERMEDADES DIGESTIVAS
- ENF. ENDOCRINAS

¿CUÁNTOS? ¿CUÁNTOS PARTOS?

7 ¿ESTÁ PENDIENTE DE EFECTUARSE ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO CONCRETO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

8 INDIQUE SU PESO, KG. Y TALLA, CM.

El abajo firmante autoriza expresamente a MGS, Seguros y Reaseguros S.A. a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya de prestar asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y los tratamientos seguidos en cada caso.

De acuerdo con el Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose MGS, Seguros y Reaseguros S.A. la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

**TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos. **Finalidades:** Gestión de los contratos de seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones. Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual. Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito. **Legitimación:** Consentimiento contractual. Interés legítimo del responsable del tratamiento. Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. **Destinatarios:** En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros. **Derechos:** Acceder, rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento. **Procedencia:** En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento. **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web [www.mgs.es](http://www.mgs.es).

En \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

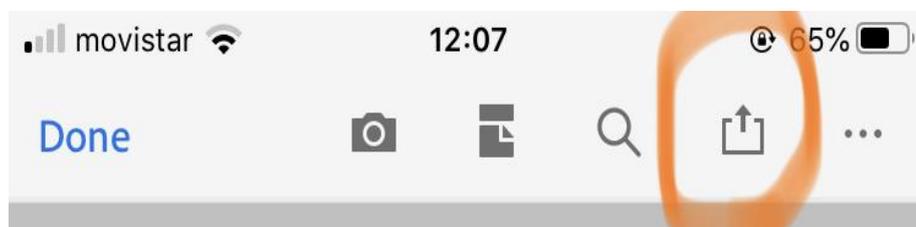
El Asegurado  
(en caso de ser menor de edad deberá firmar también el padre o tutor)

*PAULO*

Ejemplar para MGS, Seguros y Reaseguros S.A.  
Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.

**ENVIAR DOCUMENTO DIRECTAMENTE**

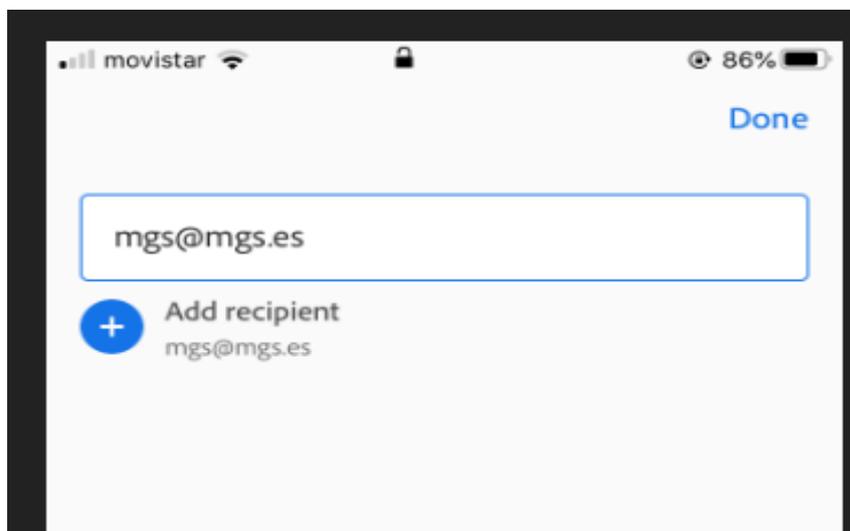
Se deberá pulsar sobre la opción de compartir por correo electrónico a la persona o destinatario:



Cuestionario de la Persona a Asegurar  
Seguro MGS Salud

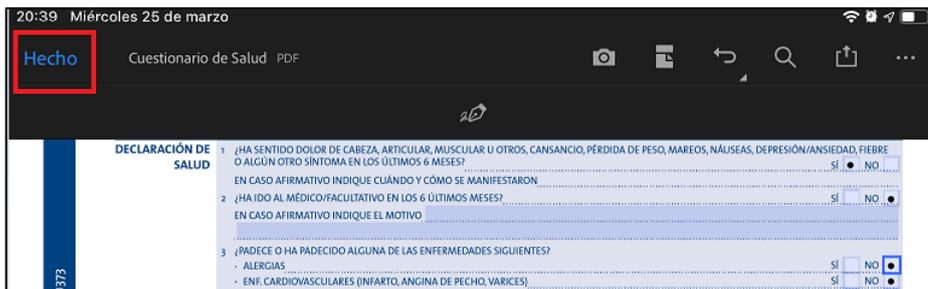
TOMADOR	NOMBRE	NIF / DNI
	David Martinez	
ASEGURADO (adjuntar fotocopia DNI)	NOMBRE	NIF / DNI
<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>		
1	¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y CÓMO SE MANIFESTARON	SI NO
2	¿HA IDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO	SI NO
3	¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?	SI NO
	- ALERGIAS	SI NO
	- ENF. CARDIOVASCULARES (INFARTO, ANGINA DE PECHO, VARICES)	SI NO
	- ENFERMEDADES DE LA PIEL	SI NO
	- ENF. DIGESTIVAS (ÚLCERA, HERNIA DE HIATO, INGUINAL O CRURAL)	SI NO
	- ENF. ENDOCRINAS (DIABETES, BOCIO, GOTAS)	SI NO
	- ENF. GENITOURINARIAS (CÓLICOS RENALES, HISTERECTOMÍA, INSUFICIENCIA RENAL)	SI NO
	- ENF. HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, CÓLICOS BILIARES)	SI NO
	- ENF. HUESOS/MÚSCULOS (HERNIA DISCAL, REUMATISMO, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS, LESIONES RODILLA Y MENISCO)	SI NO
	- ENF. NEUROLÓGICAS (EMBOLIA, EPILEPSIA, MENINGITIS, PARÁLISIS, DESÓRDENES MENTALES)	SI NO
	- ENF. RESPIRATORIAS (ASMA, BRONQUITIS, NEUMONÍA, TUBERCULOSIS)	SI NO
	- HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI NO
	- TUMORES	SI NO
	- ENFERMEDADES O DEFECTOS OFTALMOLÓGICOS	SI NO

27888 - Inscripción 2 - NIF A-0817373

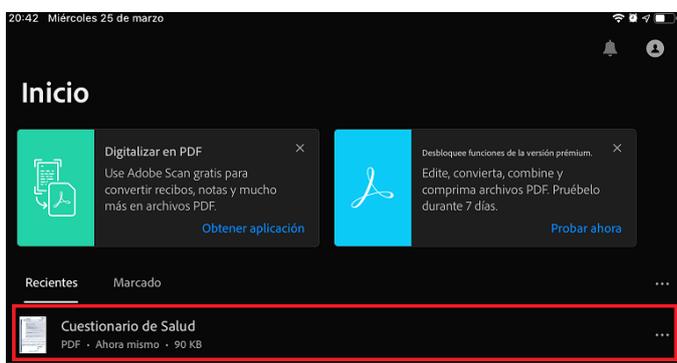


**OPCIÓN 2:**

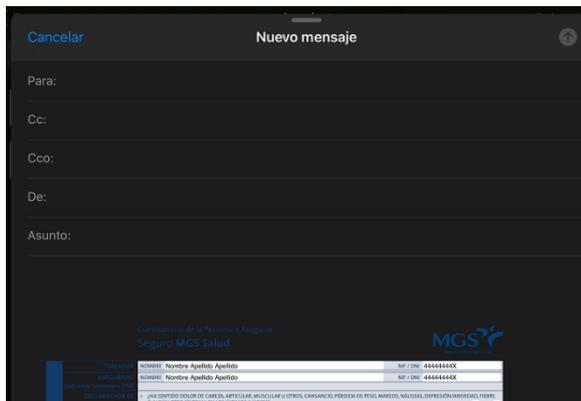
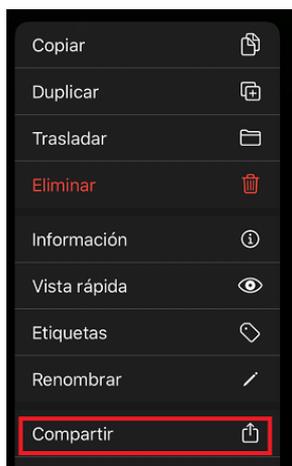
- 1- Una vez firmado el documento, finalizar y guardar pulsando botón “Hecho” (margen superior izquierdo de la pantalla)



2- El documento se archivará en el menú principal del Adobe Acrobat. Debemos presionar encima del archivo:



3- Pulsando encima del archivo, se abrirá un desplegable en el que debemos seleccionar la opción compartir a través de "correo". Se nos abrirá pantalla con el documento ya adjunto en el que deberemos indicar el correo electrónico de nuestro destinatario, el asunto y enviamos.



### 3- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MAC

#### EDITAR DOCUMENTO

1. Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

The screenshot shows the Adobe Acrobat interface with a PDF document titled 'Cuestionario de la Persona a Asegurar Seguro MGS Salud'. The form includes fields for 'TOMADOR' and 'ASEGURADO' (Name, Surname, NIF/DNI). Below these is the 'DECLARACIÓN DE SALUD' section with several questions and checkboxes for various medical conditions.

TOMADOR	NOMBRE	NOMBRE APELLIDO	APELLIDO	NIF / DNI	XXXXXXX-M
ASEGURADO	NOMBRE	NOMBRE APELLIDO	APELLIDO	NIF / DNI	XXXXXXX-M

**DECLARACIÓN DE SALUD**

- ¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGUN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?  SI  NO
- EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y CÓMO SE MANIFESTARON
- ¿HA IDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES?  SI  NO
- EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO
- ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?
  - ALERGIAS  SI  NO
  - ENF. CARDIOVASCULARES (INFARTO, ANGINA DE PECHO, VARICES)  SI  NO
  - ENFERMEDADES DE LA PIEL  SI  NO
  - ENF. DIGESTIVAS (ÚLCERA, HERNIA DE HIATO, INGUINAL O CRURAL)  SI  NO
  - ENF. ENDOCRINAS (DIABETES, BOCIO, GOTA)  SI  NO
  - ENF. GENITOURINARIAS (CÓLICOS RENALES, HISTERECTOMÍA, INSUFICIENCIA RENAL)  SI  NO
  - ENF. HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, CÓLICOS BILIARES)  SI  NO
  - ENF. HUESOS/MÚSCULOS (HERNIA DISCAL, REUMATISMO, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS, LESIONES RODILLA Y MENISCO)  SI  NO
  - ENF. NEUROLÓGICAS (EMBOLIA, EPILEPSIA, MENINGITIS, PARÁLISIS, DESÓRDENES MENTALES)  SI  NO
  - ENF. RESPIRATORIAS (ASMA, BRONQUITIS, NEUMONÍA, TUBERCULOSIS)  SI  NO
  - HIPERTENSIÓN ARTERIAL  SI  NO
  - TUMORES  SI  NO
  - ENFERMEDADES O DEFECTOS OFTALMOLÓGICOS  SI  NO
  - ENFERMEDADES O DEFECTOS DE LA NARIZ  SI  NO
  - OTRAS NO MENCIONADAS  SI  NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, SEÑALE LA PATOLOGÍA A LA QUE SE REFIERE E INDIQUE FECHA, DIAGNÓSTICO DE LA MISMA Y TRATAMIENTO

- 2- Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:

The screenshot shows the Adobe Acrobat interface with a dialog box titled '¿Qué quiere hacer?'. The dialog box has two options: 'Rellene, firme y envíe documentos' and 'Obtener la firma de otros'. The 'Rellene, firme y envíe documentos' option is selected, and the 'Rellenar y firmar' button is circled in red.

**¿Qué quiere hacer?**

**Rellene, firme y envíe documentos**

Rellenar campos de formularios, agregar texto y dibujar o introducir firmas.

**Rellenar y firmar**

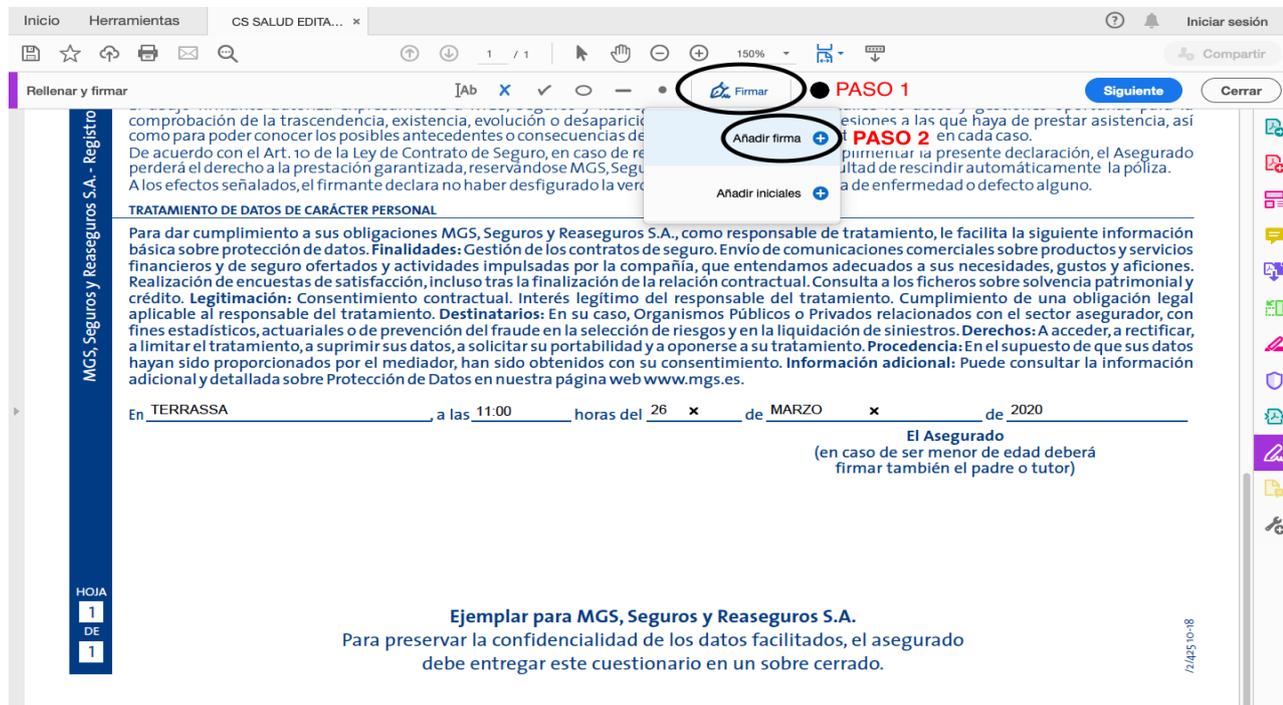
**Obtener la firma de otros**

Agregar firmantes, indicar dónde rellenar y firmar, enviar y seguir el progreso.

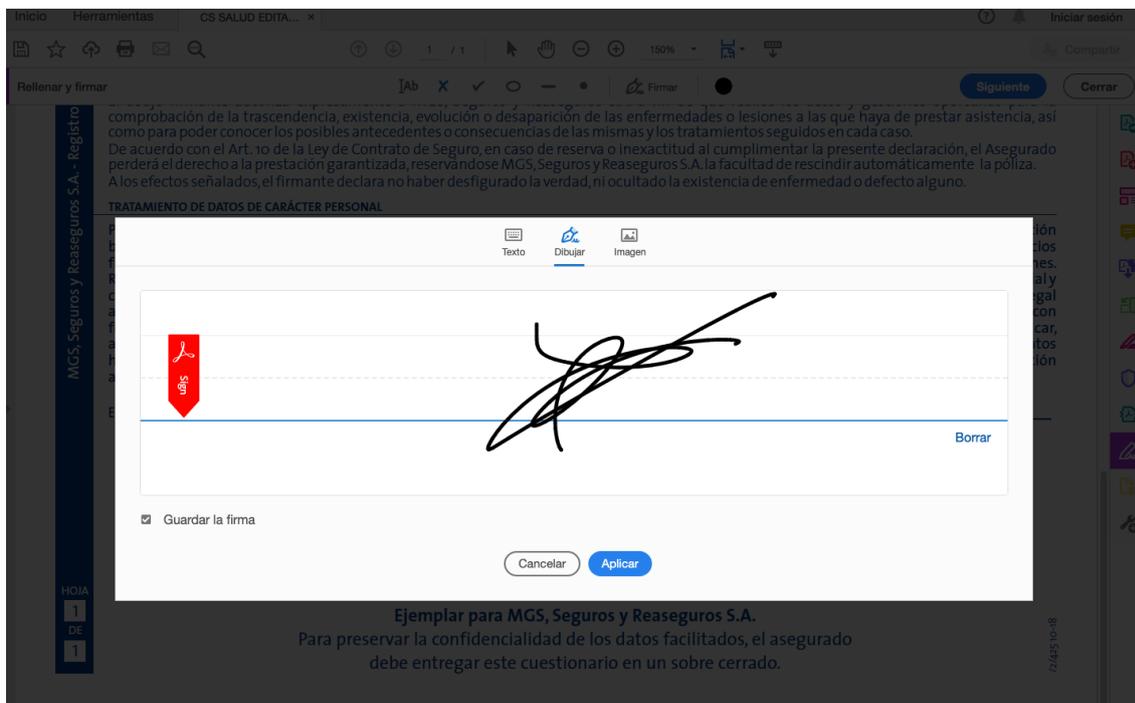
**Solicitar firmas**

POWERED BY Adobe Sign

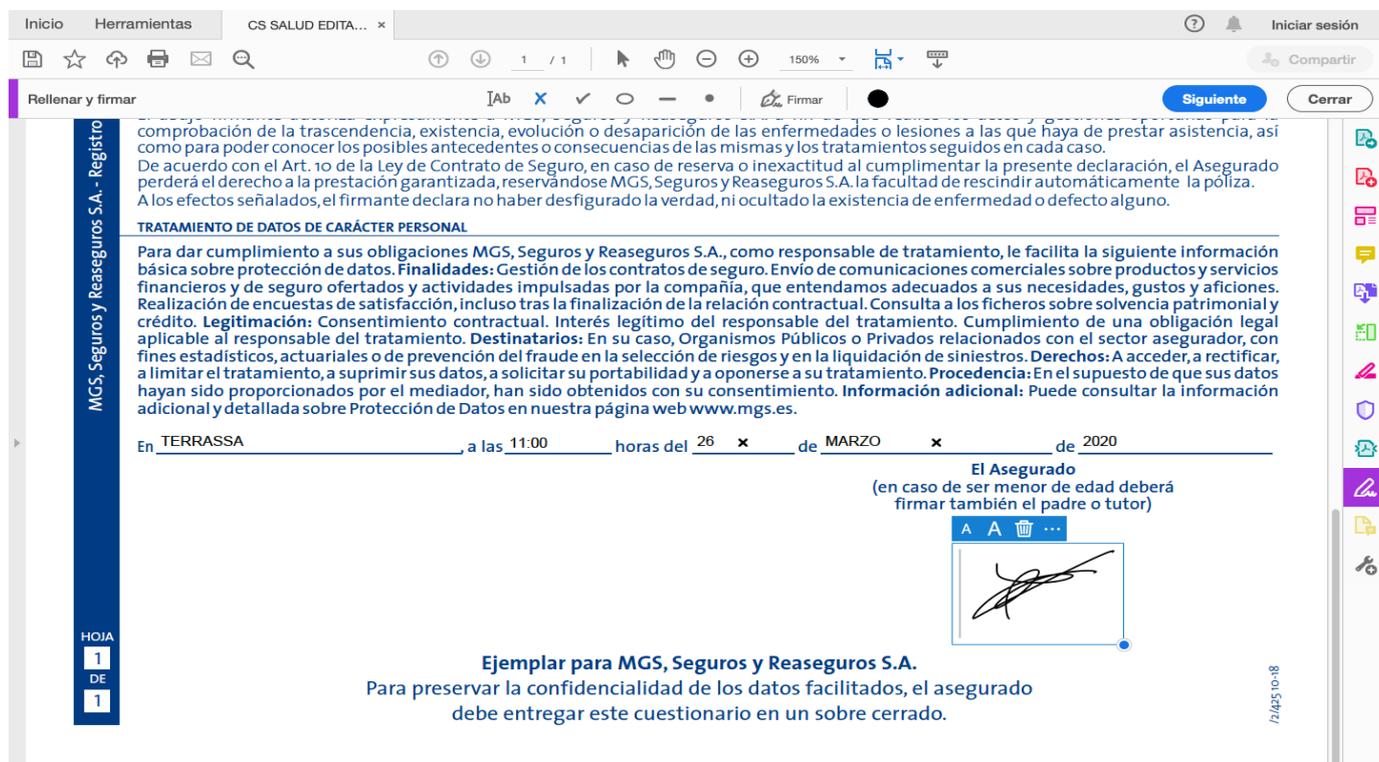
- 3- En la parte superior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “añadir firma”:



- 4- Escoger la opción “Dibujar” y proceder con la firma manteniendo el clic izquierdo del ratón y finalizando con la opción “aplicar”.



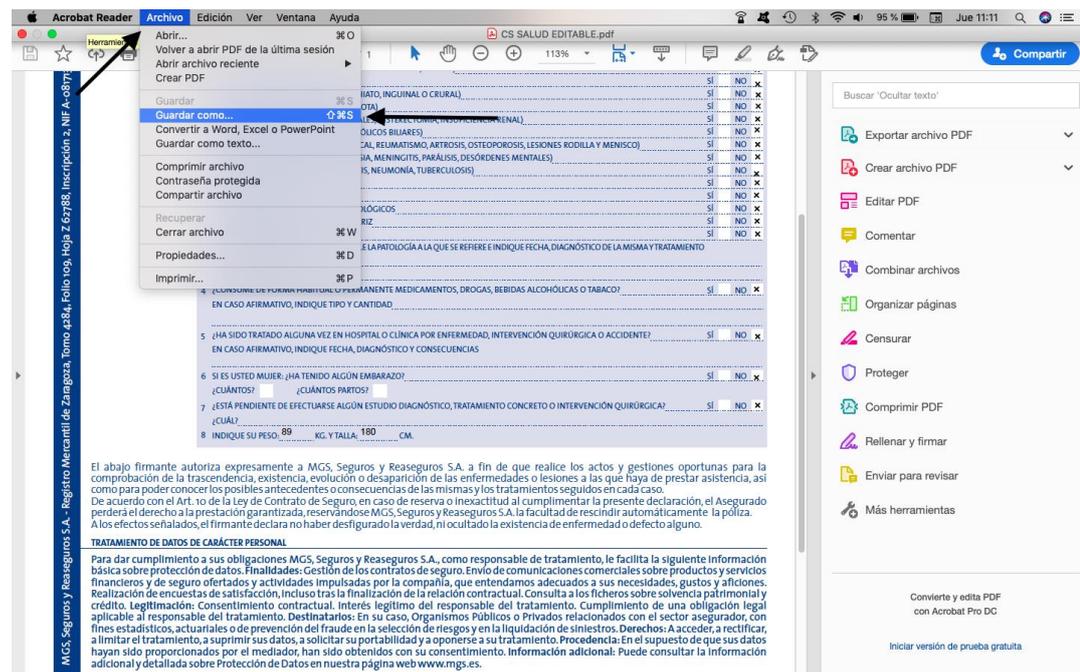
5- Escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.



**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**

Por último, una vez hemos comprobado que todos los campos han sido cumplimentados, debemos proceder al guardado del documento a través de la opción archivo / guardar como.

Para finalizar lo remitimos por el medio requerido.



## 4- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MÓVIL (Android)

### EDITAR DOCUMENTO

1. Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

20:30 Miércoles 25 de marzo

Cuestionario de Salud PDF

Cuestionario de la Persona a Asegurar  
Seguro MGS Salud

MGS Seguros y Reaseguros SA

TOMADOR	NOMBRE	NIF / DNI
ASEGURADO (adjuntar fotocopia DNI)	NOMBRE	NIF / DNI

**DECLARACIÓN DE SALUD**

1. ¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NAÚSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGUN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?  
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y COMO SE MANIFESTARON. SI NO
2. ¿HA SIDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES?  
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO. SI NO
3. ¿PEDECE O HA PEDECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?

2. Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos. Finalidades: Gestión de los contratos de seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones. Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual. Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito. Legitimación: Consentimiento contractual. Interés legítimo del responsable del tratamiento. Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Destinatarios: En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros. Derechos: Acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento. Procedencia: En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento. Información adicional: Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.mgs.es.

En Barcelona, a las 20 horas del 25 de Marzo de 2020

El Asegurado  
(en caso de ser menor de edad deberá firmar también el padre o tutor)

Hoy a las 11 de 11

Ejemplar para MGS, Seguros y Reaseguros S.A.  
Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos. Finalidades: Gestión de los contratos de seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones. Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual. Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito. Legitimación: Consentimiento contractual. Interés legítimo del responsable del tratamiento. Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Destinatarios: En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros. Derechos: Acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento. Procedencia: En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento. Información adicional: Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.mgs.es.

En Barcelona, a las 20 horas del 25 de Marzo de 2020

(en caso de ser menor de edad deberá firmar también el padre o tutor)

Hoy a las 11 de 11

Ejemplar para MGS, Seguros y Reaseguros S.A.  
Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.

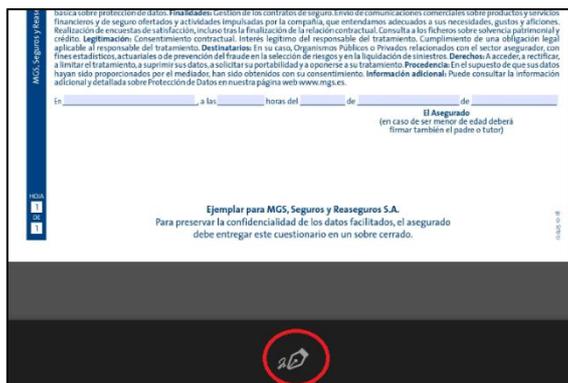
Comentar

Rellenar y firmar

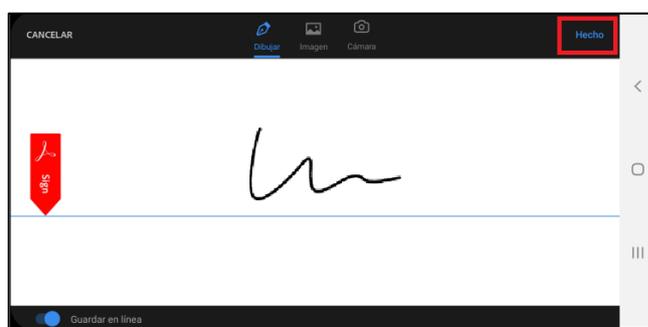
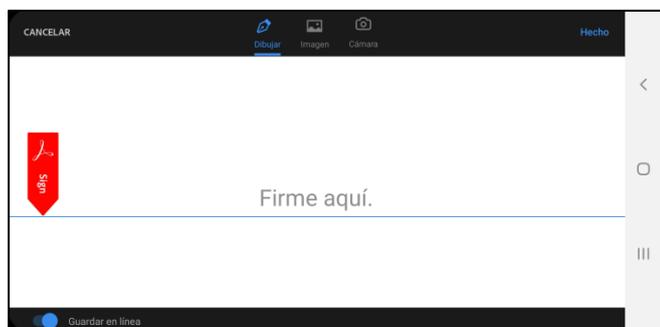
Editar PDF

Organizar páginas

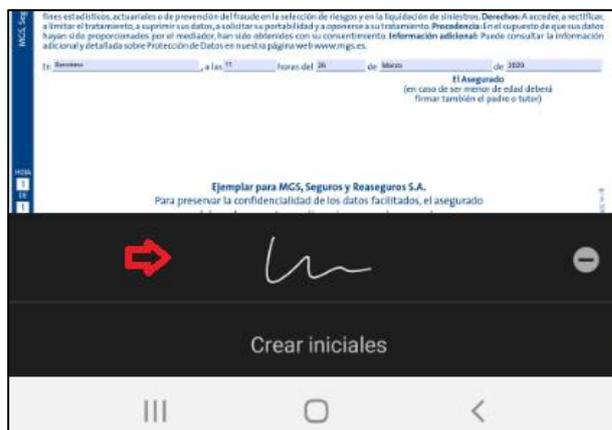
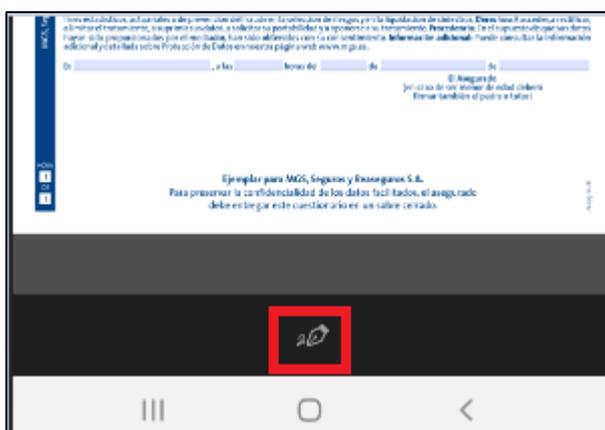
3. En la parte inferior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “crear firma”:

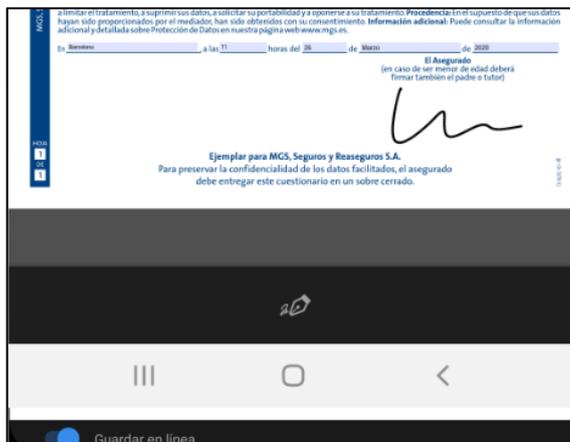


4. Con la opción “Dibujar”, dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Hecho”



5. Volver a pulsar, en la parte inferior de la pantalla, sobre el icono de la “pluma”, escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.



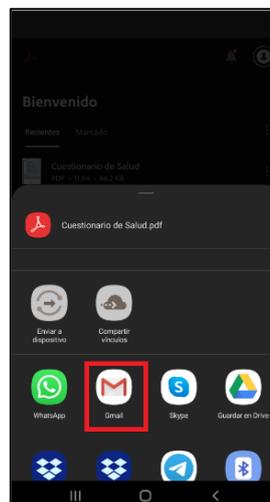
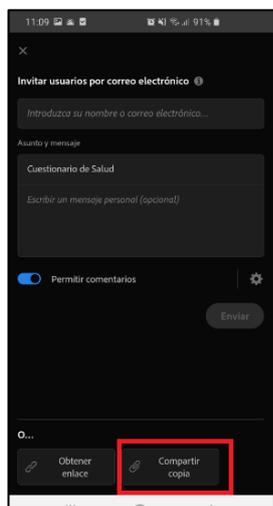
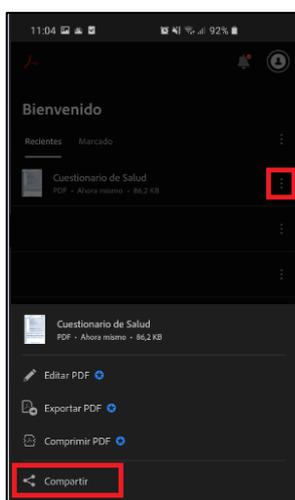


**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**

- Una vez firmado el documento, finalizar y guardar pulsando el siguiente botón situado en el margen superior izquierdo de la pantalla y tirar hacia atrás:



- El documento se archivará en el menú principal del Adobe Acrobat, debemos presionar sobre el icono de los tres puntos y se abrirá un menú de opciones. Debemos escoger "Compartir". Se abrirá una nueva pantalla, debemos darle a "compartir copia" a través de "correo". Nos abrirá nuestro método habitual de correo electrónico.





2- Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en “rellenar y firmar”:

Seguros S.A. - Registro Mercantil de Zaragoza, tomo 4234, folio 109, Hoja 2

- OTRAS NO MENCIONADAS	SÍ ● NO ●
EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, SEÑALE LA PATOLOGÍA A LA QUE SE REFIERE E INDIQUE FECHA, DIAGNÓSTICO DE LA MISMA Y TRATAMIENTO <b>RELLENAR</b>	
4 ¿CONSUME DE FORMA HABITUAL O PERMANENTE MEDICAMENTOS, DROGAS, BEBIDAS ALCOHÓLICAS O TABACO?	SÍ ● NO ●
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE TIPO Y CANTIDAD <b>RELLENAR</b>	
5 ¿HA SIDO TRATADO ALGUNA VEZ EN HOSPITAL O CLÍNICA POR ENFERMEDAD, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ACCIDENTE?	SÍ ● NO ●
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE FECHA, DIAGNÓSTICO Y CONSECUENCIAS <b>RELLENAR</b>	
6 SI ES USTED MUJER: ¿HA TENIDO ALGÚN EMBARAZO?	SÍ ● NO ●
¿CUÁNTOS? 1    ¿CUÁNTOS PARTOS? 1	
7 ¿ESTÁ PENDIENTE DE EFECTUARSE ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO CONCRETO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	SÍ ● NO ●
¿CUÁL? <b>RELLENAR</b>	
8 INDIQUE SU PESO: 62    KG. Y TALLA: 164    CM.	

El abajo firmante autoriza expresamente a MGS, Seguros y Reaseguros S.A. a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya de prestar asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y los tratamientos seguidos en cada caso.  
De acuerdo con el Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose MGS, Seguros y Reaseguros S.A. la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

**TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información

- Exportar archivo PDF
- Crear archivo PDF
- Editar PDF
- Comentar
- Combinar archivos
- Organizar páginas
- Rellenar y firmar**
- Enviar para firmar
- Enviar y realizar un seguimiento

3- En la parte superior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “añadir firma”:

Seguros S.A. - Registro Mercantil de Zaragoza, tomo 4234, folio 109, Hoja 2

Rellenar y firmar
 Firmar

**Cuestionario de la Persona a Asegurar**  
**Seguro MGS Salud**

TOMADOR	NOMBRE: RELLENAR	NIF / DNI: 0000
ASEGURADO	NOMBRE: RELLENAR	NIF / DNI: 000
<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>		
1	¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SÍ ● NO ●
	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y CÓMO SE MANIFESTARON	
2	¿HA IDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES?	SÍ ● NO ●
	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO: <b>RELLENAR</b>	
3	¿PARECE O HA PARECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?	SÍ ● NO ●
	- ALERGIAS	SÍ ● NO ●
	- ENF. CARDIOVASCULARES (INFARTO, ANGINA DE PECHO, VÁRCICAS)	SÍ ● NO ●
	- ENFERMEDADES DE LA PIEL	SÍ ● NO ●
	- ENF. DIGESTIVAS (ÚLCERA, HERNIA DE HIGADO, INGUINAL O CRURAL)	SÍ ● NO ●
	- ENF. ENDOCRINAS (DIABETES, BOCIO, GOTRA)	SÍ ● NO ●
	- ENF. GENITOURINARIAS (CÓLICOS RENALES, HISTERECTOMIA, INSUFICIENCIA RENAL)	SÍ ● NO ●
	- ENF. HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, CÓLICOS BILIARES)	SÍ ● NO ●
	- ENF. HUESOS/MUSCULOS (HERNIA DISCAL, REUMATISMO, ARTRITIS, OSTEOPOROSIS, LESIONES RODILLA Y MENISCO)	SÍ ● NO ●
	- ENF. NEUROLÓGICAS (EMBRUJA, EPILEPSIA, MENINGITIS, PARÁLISIS, DISORDENES MENTALES)	SÍ ● NO ●
	- ENF. RESPIRATORIAS (ASMA, BRONQUITIS, NEUMONÍA, TUBERCULOSIS)	SÍ ● NO ●
	- HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SÍ ● NO ●
	- TUMORES	SÍ ● NO ●
	- ENFERMEDADES O DEFECTOS OFTALMOLÓGICOS	SÍ ● NO ●
	- ENFERMEDADES O DEFECTOS DE LA NARIZ	SÍ ● NO ●

**INTRODUCCIÓN**

Ha abierto un formulario PDF que se puede cumplimentar. Este formulario no le permite arrastrar y soltar información guardada.

**OPCIONES DE ENVÍO**

[Enviar y realizar un seguimiento](#)

[Obtener la firma de otros](#)

Rellenar y firmar
 Firmar

**Cuestionario de la Persona a Asegurar**  
**Seguro MGS Salud**

TOMADOR	NOMBRE: RELLENAR	NIF / DNI: 0000
ASEGURADO	NOMBRE: RELLENAR	NIF / DNI: 000
<b>DECLARACIÓN DE SALUD</b>		
1	¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SÍ ● NO ●
	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y CÓMO SE MANIFESTARON	
2	¿HA IDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES?	SÍ ● NO ●
	EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO: <b>RELLENAR</b>	
3	¿PARECE O HA PARECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?	SÍ ● NO ●
	- ALERGIAS	SÍ ● NO ●
	- ENF. CARDIOVASCULARES (INFARTO, ANGINA DE PECHO, VÁRCICAS)	SÍ ● NO ●
	- ENFERMEDADES DE LA PIEL	SÍ ● NO ●
	- ENF. DIGESTIVAS (ÚLCERA, HERNIA DE HIGADO, INGUINAL O CRURAL)	SÍ ● NO ●
	- ENF. ENDOCRINAS (DIABETES, BOCIO, GOTRA)	SÍ ● NO ●
	- ENF. GENITOURINARIAS (CÓLICOS RENALES, HISTERECTOMIA, INSUFICIENCIA RENAL)	SÍ ● NO ●
	- ENF. HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, CÓLICOS BILIARES)	SÍ ● NO ●
	- ENF. HUESOS/MUSCULOS (HERNIA DISCAL, REUMATISMO, ARTRITIS, OSTEOPOROSIS, LESIONES RODILLA Y MENISCO)	SÍ ● NO ●
	- ENF. NEUROLÓGICAS (EMBRUJA, EPILEPSIA, MENINGITIS, PARÁLISIS, DISORDENES MENTALES)	SÍ ● NO ●
	- ENF. RESPIRATORIAS (ASMA, BRONQUITIS, NEUMONÍA, TUBERCULOSIS)	SÍ ● NO ●
	- HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SÍ ● NO ●
	- TUMORES	SÍ ● NO ●
	- ENFERMEDADES O DEFECTOS OFTALMOLÓGICOS	SÍ ● NO ●

**INTRODUCCIÓN**

Ha abierto un formulario PDF que se puede cumplimentar. Este formulario no le permite arrastrar y soltar información guardada.

**OPCIONES DE ENVÍO**

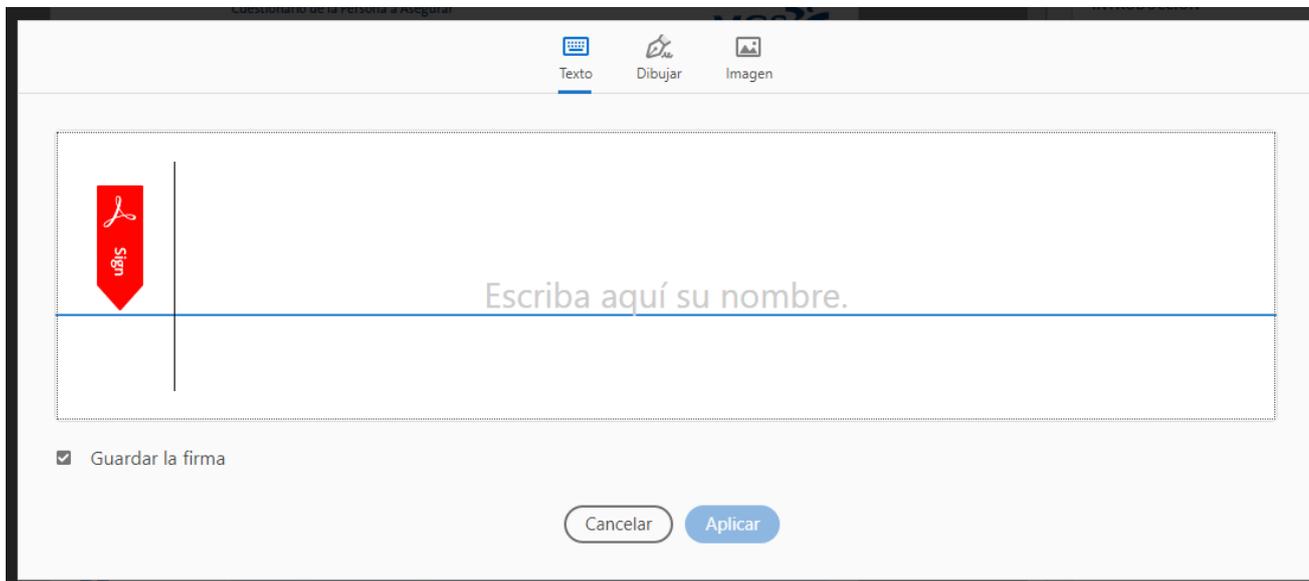
[Enviar y realizar un seguimiento](#)

[Obtener la firma de otros](#)

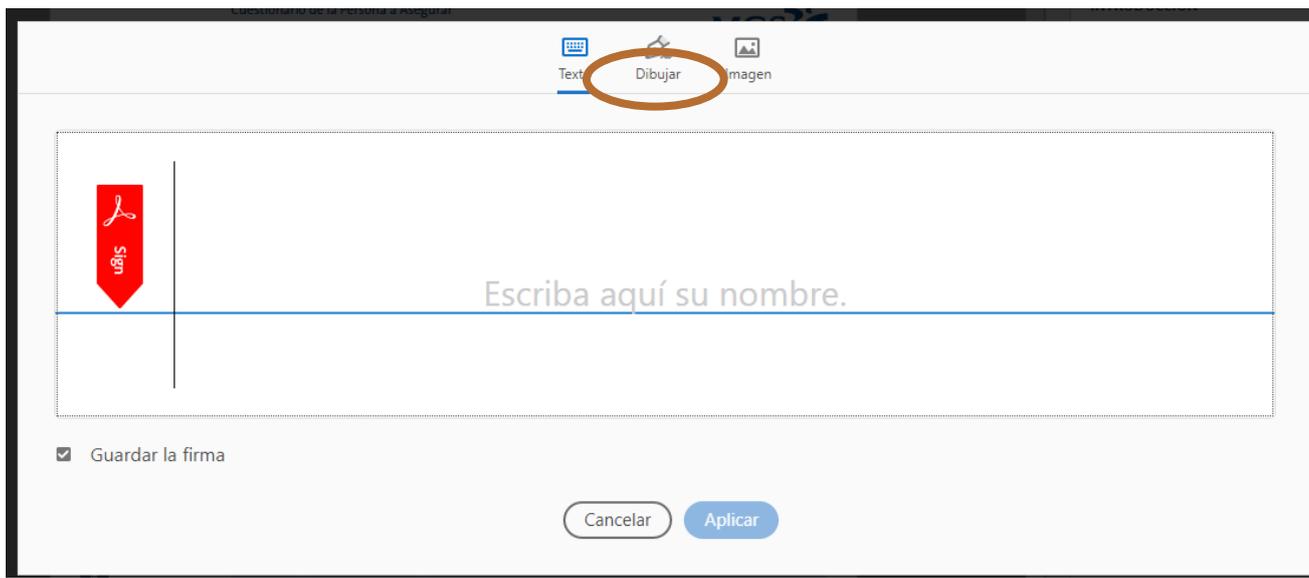
Marzo 2020

Pág. 17 de 19

4- Con la opción “Dibujar”, dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Aplicar”



Escoger dibujar



Firmar

Texto Dibujar Imagen

Sign

Borrar

Guardar la firma

Cancelar Aplicar

**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**