FUNDACIÓN UNIVERSITARIA antonio gargallo

Borrar formulario

CONVOCATORIA DE AYUDAS I+D

CUESTIONARIO ALTA SEGURO BECARIO

Nº PROYECTO _____

Por favor, complete la siguiente información necesaria para la tramitación del seguro de accidentes de su beca:

- Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica, congénita persistente, defecto físico, anquilosis, etc.:
☐**NO** ☐**SI** Cual _____

- Tiene alguna mutilación, invalidez o enfermedad:
☐**NO** ☐**SI** Cual _____

- Es sordo o sufre miopía con más de 4 dioptrías en alguno de los ojos:
☐**NO** ☐**SI** Cual _____

- Ha sufrido algún accidente:
☐**NO** ☐**SI**
Consecuencias del mismo: _____

- Ha tenido algún tratamiento médico o medicación especial:
☐**NO** ☐**SI** Cual _____

- Ha sufrido alguna intervención quirúrgica o tiene prevista alguna:
☐**NO** ☐**SI** Cual _____

- Ha sufrido cardiopatías o insuficiencias coronarias:
☐**NO** ☐**SI** Cual _____

- Tiene contratadas otras pólizas de accidentes o enfermedad
☐**NO** ☐**SI**

DECLARO que los datos anteriormente expresados son correctos, y para que conste a los efectos oportunos firmo la presente en _____, a ____ de _____ de 20__

Firmado: _____

(becario)