

Cuestionario suscripción Baby Life

1 Datos de quién Solicita el Seguro – El Tomador

Progenitor 1: Madre Gestante y Biológica

| | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|-------------|
| Nombre | 1er Apellido | 2º Apellido | |
| DNI/NIF | Nacionalidad | F. Nacimiento ⁽¹⁾ | __/__/__ |
| Domicilio | | | |
| Localidad | | | |
| Código Postal | Provincia | | |
| Profesión | | | |
| Situación Laboral | Trabajadora por cuenta ajena | Por cuenta propia | Desempleada |

(1) La edad de las madres no podrá ser superior a los 45 años.

Progenitor 2: Padre Biológico

| | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------|-------------|
| Nombre | 1er Apellido | 2º Apellido | |
| DNI/NIF | Nacionalidad | F. Nacimiento | __/__/__ |
| Domicilio | | | |
| Localidad | | | |
| Código Postal | Provincia | | |
| Profesión | | | |
| Situación Laboral | Trabajador por cuenta ajena | Por cuenta propia | Desempleado |

2 Datos del futuro Bebe – El Asegurado

| | | | |
|---|--------------|-------------|----------|
| Nombre | 1er Apellido | 2º Apellido | |
| Fecha estimada del Nacimiento (Por favor, indicar la fecha estimada o programada del parto) | | | __/__/__ |

Información sobre los progenitores

Progenitor 1: Madre gestante y biológica

Indicar peso y estatura

Peso (en Kg):

Estatura (en metros):

¿En los 5 últimos años ha padecido o padece alguna enfermedad de corazón, neurológica, tumoral, mental, de la sangre, diabetes, o tensión arterial elevada?

Si

No

¿De cuántas semanas está embarazada en el momento de cumplimentar esta solicitud?

Nº semanas de embarazo

¿De cuántos embriones es gestante?

1

2

3

Más ⁽¹⁾

(1) Indicar número

¿Ha tenido embarazos anteriores?

Si

No

En caso afirmativo, ¿han llegado a término?

Si

No

¿Fuma durante el embarazo?

Si

No

En caso afirmativo, por favor especificar frecuencia y cantidad:

¿Consume bebidas alcohólicas durante el embarazo?

Si

No

En caso afirmativo, por favor especificar frecuencia y cantidad:

¿Consume sustancias de abuso, estupefacientes, fármacos, habitualmente?

Si

No

En caso afirmativo, por favor especificar frecuencia y cantidad:

Información sobre la evolución del embarazo

¿Le han realizado las siguientes pruebas y hasta el momento están dentro de los parámetros normales?

Si No

| Acciones | 1º trimestre | 2º trimestre | 3º trimestre |
|--------------------------------|---|--|---|
| | 11ª-14ª semanas | 18ª-22ª semanas | 32ª-36ª semanas |
| Resultado | | | |
| Historia clínica | Sí | Actualizar en cada consulta | |
| Exploración general | Favorable | Favorable | Favorable |
| Exploración mamaria | Favorable | Favorable | Favorable |
| Exploración genital | Favorable | Favorable | Opcional al término |
| Talla, peso y tensión arterial | Parámetros normales | Parámetros normales | Parámetros normales |
| Análisis de sangre y orina | Parámetros normales | Parámetros normales | Parámetros normales |
| Altura fondo uterino | - | Parámetros normales | Parámetros normales |
| Citología vaginal | Sí ⁽¹⁾ | - | - |
| Cribado de Diabetes | Sí | - | - |
| Cribado de Rubeola | Sí | - | - |
| Cribado de Sífilis | Sí ⁽²⁾ | - | - |
| Cribado de Hepatitis B | Sí ⁽²⁾ | - | - |
| Cribado de VIH | Sí | - | Sí |
| Auscultación fetal | Latido- parámetro normales | Latido- parámetro normales | Latido- parámetro normales |
| Movimientos fetales | Positivo - parámetros normales | Positivo - parámetros normales | Positivo - parámetros normales |
| Gooms indirecto | Sí ⁽³⁾ | | |
| Ecografías | Parámetros normales | Parámetros normales | Parámetros normales |
| | 1. Identificar el número de embriones. | 1. Diagnóstico de anomalías estructurales y marcadores de cromosopatías. | 1. Identificar la vitalidad y la estática fetal. |
| | 2. En el caso de gestación múltiple, diagnóstico de cigosidad. | 2. Si no se ha realizado la ecografía de nivel básico del primer trimestre, incluye sus objetivos. | 2. Estimar el crecimiento fetal. |
| | 3. Identificación del latido cardíaco embrionario. | | 3. Diagnóstico de anomalías de la localización placentaria (placenta previa). |
| | 4. Estimación de la edad de gestación. | | 4. Diagnosticar anomalías del volumen del líquido amniótico. |
| | 5. Detección y medida de la translucencia nucal (marcador de cromosopatía fetal). | | 5. En casos indicados, estudios de flujo feto-placentarios. |
| | 6. Observación de la morfología embrionaria. | | |
| | 7. Identificar la existencia de patología uterina y de los anejos. | | |

Progenitor 2: Padre biológico

Indicar peso, estatura y tensión arterial:

Peso (en Kg):

Estatura (en metros):

¿En los 5 últimos años ha padecido o padece alguna enfermedad de corazón, neurológica, tumoral, mental, de la sangre, diabetes, o tensión arterial elevada?

Si

No

3 Capitales y Garantías

| Cobertura | Opción ¹⁾ | Capital |
|------------------|-------------------------------------|---------|
| Gran Dependencia | <input checked="" type="checkbox"/> | _____ € |

(1) Indicar el capital que se desea contratar, entre 50.000 € y 600.000 €.

| Cobertura | Opción | Capital |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Dependencia Severa | <input checked="" type="checkbox"/> | 20% del capital de Gran Dependencia |