

# ANEXO "WEALTH PRESERVATION LIFE COVER"

## SELECTA LINK ESPAÑA

Utmost Wealth Solutions es la marca utilizada por varias empresas de Utmost. Este documento ha sido publicado por Utmost Luxembourg S.A.

Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa. Toda referencia a un género incluye una referencia al otro género.

Número de Póliza

### WEALTH PRESERVATION LIFE COVER

#### 1. OBJETO

El objeto del presente documento es definir las condiciones y modalidades bajo las cuales se puede contratar la cobertura de fallecimiento "Wealth Preservation Life Cover" (de aquí en adelante, "Cobertura WPLC").

#### 2. SUSCRIPCIÓN

La Solicitud de Seguro incluye por defecto una Cobertura de Fallecimiento Estándar a no ser que el Tomador solicite expresamente una Cobertura de Fallecimiento Superior tal y como se define en la sección "Cobertura de Fallecimiento" de la Solicitud de Seguro y las Condiciones Generales. Mediante el presente anexo (el "Anexo") el Tomador solicita una cobertura de fallecimiento, no ofrecida en la Solicitud de Seguro, que se encuentra definida en la sección "Cobertura de Fallecimiento Wealth Preservation Life Cover" del presente Anexo. La Cobertura WPLC reemplaza y anula la Cobertura de Fallecimiento Estándar o cualquiera de las Coberturas de Fallecimiento Superiores definidas en la sección "Cobertura de Fallecimiento" de la Solicitud de Seguro, al no ser compatibles entre sí.

#### 3. ASEGURADO

El o los Asegurados estipulados en la Solicitud de Seguro deberán tener al menos 16 años y no superar los 85 años en la fecha de suscripción de la Cobertura WPLC para que el Tomador pueda optar a la contratación de la presente modalidad.

#### 4. COBERTURA DE FALLECIMIENTO "WEALTH PRESERVATION LIFE COVER"

La Cobertura WPLC se define como la suma de (1) y (2):

1. la diferencia positiva entre (a) y (b):
  - a. en la fecha de liquidación de los activos, la/s Prima/s aportada/s (excluyendo todo tipo de impuesto, tasa, cargo o comisión aplicable en dicho aporte) disminuidas proporcionalmente en caso de rescate parcial en función de un ratio correspondiente al importe total del rescate parcial efectuado dividido por el Saldo Total Acumulado contabilizado en el día de ejecución del rescate parcial,
  - b. el Saldo Total Acumulado de la Póliza en la fecha de liquidación de los activos.

2. un importe fijo que se establece en el momento de la suscripción de la Cobertura WPLC en función de la edad del Asegurado más joven y que se configura de acuerdo con la siguiente tabla:

16 - 39 años:	8.000 euros
40 - 49 años:	7.000 euros
50 - 59 años:	6.000 euros
60 años o más:	5.000 euros

La Cobertura WPLC forma parte integrante de la Cobertura de Fallecimiento definida en las Condiciones Generales de la Póliza por lo que en caso de fallecimiento de la última vida asegurada, la Aseguradora pagará al/a los beneficiario(s) una prestación que será igual al Saldo Total Acumulado de la Póliza, más el importe correspondiente a la Cobertura WPLC.

La Cobertura WPLC no aplicará en ningún caso si el Tomador hubiese optado por un Contrato mixto con cobertura de muerte y supervivencia y el Tomador o Beneficiario(s) en caso de supervivencia decidiesen no renovar (i.e. terminar) la Póliza en la Fecha de Vencimiento o en cualquiera de las prórrogas anuales.

La Cobertura WPLC y cualquier otra Cobertura de Fallecimiento estarán limitadas en todo caso a 20 millones de euros en total por Asegurado. Dicho límite se dividirá proporcionalmente entre los diferentes contratos de seguro de vida celebrados con la Aseguradora y/o cualquier otra empresa del grupo en los que el Asegurado tenga tal condición.

---

## 5. INVERSION

La Cobertura WPLC estará disponible únicamente cuando los Activos Afectos a la Póliza se inviertan bajo las siguientes condiciones: (i) activos financieros admitidos a cotización o negociación en mercados regulados o (ii) activos financieros cuyo precio objetivo se establezca con una periodicidad mínima trimestral y cuya cotización se pueda obtener de un proveedor de servicios de información financiera independiente (por ejemplo, Bloomberg o Telekurs). Esta limitación será aplicable independientemente de los límites de inversión fijados en la estrategia de inversión para diferentes tipos de activos financieros definida en la Póliza por el Gestor y elegida por el Tomador.

---

## 6. EXCLUSIONES

**En caso de fallecimiento de la última vida asegurada, el Contrato no pagará un beneficio por fallecimiento superior al Saldo Total Acumulado si el fallecimiento del Asegurado se produce como resultado de cualquiera de las siguientes causas:**

- › El suicidio, o lesiones autoinfligidas como resultado de un intento de suicidio del Asegurado y que llevan a la muerte del Asegurado, durante el primer año tras la formalización del Contrato;
- › Aplicación de la pena de muerte o de un crimen o delito intencional en el que el Asegurado fuera el principal autor o coautor y cuyas consecuencias pudiera haber previsto;
- › Guerra, terrorismo, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, la ley marcial, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpador, motín o conmoción civil. Guerra significa cualquier guerra, declarada o no;
- › Los riesgos incurridos en vehículos motorizados durante competiciones o carreras de velocidad;
- › La práctica de un deporte extremo, definido como cualquier tipo de práctica deportiva con un nivel de riesgo más elevado que lo normal tal como un deporte de combate, escalada, montañismo, actividades de acrobacias, espeleología, deporte de nieve acrobáticos y deporte de nieve fuera de pistas marcadas, trekking, rafting y bobsleigh, kite surf;
- › Actividades aeronáuticas, salvo cuando se trate de un pasajero que abonó su pasaje en un avión autorizado por las normas en vigor para el transporte aéreo comercial entre aeródromos establecidos;
- › Explosión de armamento o artefactos destinados a explotar mediante una alteración de la estructura del núcleo atómico;
- › Si cualquier Beneficiario o cualquier otra persona que hubiera sido nombrada para beneficiarse de forma directa o indirecta de las Prestaciones del Seguro fuera responsable dolosamente o por fraude de la causa de la muerte del Asegurado, la Aseguradora no estará obligada a pagar la Cobertura de Fallecimiento a dicho Beneficiario o persona, eso incluyendo la Cobertura WPLC.

7. COSTES DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO WPLC

La suscripción de la Cobertura WPLC conllevará la generación y cargo a la Póliza de ciertos costes recurrentes y variables. El cálculo de dichos costes se realizará en el último día del trimestre que precede al periodo de referencia serán deducidos de los Activos Afectos a la Póliza. La siguiente tabla recoge los costes asociados a la Cobertura WPLC de EUR 10.000 en función de la edad del Asegurado más joven en el momento del cálculo:

EDAD DEL ASEGURADO MÁS JOVEN	COSTE ANUAL EN EUROS	EDAD DEL ASEGURADO MÁS JOVEN	COSTE ANUAL EN EUROS
16	4,64	58	86,13
17	4,67	59	96,79
18	4,71	60	108,75
19	4,75	61	137,12
20	4,80	62	153,85
21	4,85	63	172,52
22	4,92	64	193,33
23	5,00	65	216,49
24	5,08	66	242,24
25	5,19	67	270,84
26	5,31	68	302,55
27	5,45	69	337,67
28	5,61	70	376,52
29	5,79	71	466,72
30	6,01	72	518,82
31	6,26	73	576,10
32	6,54	74	638,97
33	6,87	75	707,87
34	7,26	76	783,25
35	7,69	77	865,56
36	8,20	78	955,29
37	8,78	79	1052,90
38	9,44	80	1158,88
39	10,21	81	1273,70
40	11,08	82	1397,82

EDAD DEL ASEGURADO MÁS JOVEN	COSTE ANUAL EN EUROS	EDAD DEL ASEGURADO MÁS JOVEN	COSTE ANUAL EN EUROS
41	12,08	83	1531,68
42	13,22	84	1675,71
43	14,52	85	1830,29
44	16,01	86	1995,73
45	17,70	87	2172,32
46	19,63	88	2360,24
47	21,83	89	2559,63
48	24,32	90	2770,48
49	27,15	91	2992,69
50	30,36	92	3226,06
51	38,12	93	3467,59
52	42,77	94	3702,14
53	48,02	95	3925,28
54	53,95	96	4137,52
55	60,64	97	4339,32
56	68,16	98	4531,10
57	76,62	99	4713,26
		100	4886,18

Los costes cargados trimestralmente a la póliza se calculan del siguiente modo:

› Multiplicación de los siguientes factores (I) y (II) que se definen como sigue:

I) la suma de (1) y (2)

1) la diferencia positiva entre (a) y (b):

- a. el importe de las Prima/s aportada/s al Contrato (excluyendo todo tipo de impuesto, tasa, cargo o comisión aplicable en dicho aporte), ajustado en función de las Primas adicionales o rescates parciales efectuados tal y como se estipula en la sección 4 COBERTURA DE FALLECIMIENTO "WEALTH PRESERVATION LIFE COVER" del presente Anexo.
- b. el Saldo Total Acumulado de la Póliza en la fecha del cálculo.

2) el importe fijo establecido en función de la edad del Asegurado más joven en el momento de la suscripción de la Cobertura WPLC tal y como se describe en la sección 4 COBERTURA DE FALLECIMIENTO "WEALTH PRESERVATION LIFE COVER" del presente Anexo.

II) el coste asociado a la Cobertura WPLC tal y como estipulado en la tabla anterior dividido entre 10.000 Euros para obtener el coste por Euro y entre 4 para obtener el coste aplicable trimestralmente. Dicho coste se determinará en función de la edad en el momento del cálculo del Asegurado más joven a la suscripción del Contrato. Este Asegurado se tomará como referencia a efectos del cálculo de la Cobertura WPLC durante toda la vida del Contrato.

La Aseguradora notificará al Tomador para su aceptación cualquier cambio relativo a la información contenida en la tabla de costes aplicables a la Cobertura WPLC.

---

## 8. EXÁMENES MÉDICOS

---

La Aseguradora podrá exigir que el Asegurado más joven efectúe exámenes médicos y complete cuestionarios médicos, dependiendo de la edad de Asegurado, de la Prima pagada y de otros contratos de seguro de vida suscritos con Utmost Luxembourg S.A. o cualquier otra entidad del grupo en los que el Asegurado tenga la condición de tal. Hasta el momento de la recepción de los resultados de los exámenes médicos y cuestionarios médicos así como la aceptación formal de la Aseguradora, la Cobertura de Fallecimiento aplicable por defecto será la Cobertura de Fallecimiento contratada conforme a lo establecido en la Solicitud de Seguros y las Condiciones Generales de la Póliza.

En un supuesto de pago de Primas Adicionales, la Aseguradora podrá exigir la realización de exámenes y cuestionarios médicos adicionales. Para cada pago de Prima Adicional, la Aseguradora podrá, con base a los resultados de los exámenes y cuestionarios médicos solicitados a esos efectos, rechazar la inclusión de la Prima Adicional bajo la Cobertura WPLC o aplicar unos costes diferentes a los previamente aplicables. En caso de modificación de los costes asociados a la Cobertura WPLC, la Aseguradora lo notificará al Tomador para su aceptación.

---

## 9. CESACIÓN DE LA COBERTURA WPLC POR SOLICITUD DEL TOMADOR

---

En todo momento, el Tomador podrá solicitar el cese de la Cobertura WPLC. En ese supuesto, la Cobertura WPLC dejará de aplicarse en el último día del trimestre de referencia en el cual el Tomador hubiese solicitado a la Aseguradora el cese de la Cobertura WPLC. Si fuese aplicable, los costes pueden ser computados durante el trimestre en el cual la solicitud hubiese sido recibida por la Aseguradora y cargadas a la Póliza. Tras el cese de la Cobertura WPLC, la prestación del Seguro abonada al/a los beneficiario(s) en caso de fallecimiento del último Asegurado se limitará al Saldo Total Acumulado de la Póliza incrementado por la Cobertura de Fallecimiento Estándar estipulada en las Condiciones Generales y en la Solicitud de Seguro.

---

## 10. CESACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA WPLC

---

La Cobertura WPLC se terminará automáticamente cuando el Saldo Total Acumulado de la Póliza sea insuficiente para cubrir los costes aplicables a la Cobertura WPLC. En caso de cesación automática de la Cobertura WPLC, la Cobertura de Fallecimiento Estándar tal y como se define en las Condiciones Generales y en la Solicitud de Seguro se activa automáticamente.

En este supuesto, la Aseguradora enviará comunicación escrita al Tomador de la Póliza.

---

## 11. REACTIVACIÓN DE LA COBERTURA WPLC POR SOLICITUD DEL TOMADOR

---

El Tomador podrá solicitar la reactivación de la Cobertura WPLC sujeto a las siguientes condiciones: (i) que hayan transcurrido más de 6 meses desde la anterior cesación, por solicitud del Tomador o con carácter automático de la Cobertura WPLC, (ii) que el Saldo Total Acumulado de la Póliza a la fecha de solicitud de la reactivación sea superior al importe total de la/s Prima/s aportada/s (excluyendo todo tipo de impuesto, tasa, cargo o comisión aplicable en dicho aporte) disminuidas proporcionalmente en caso de rescate parcial, (iii) posible realización de nuevos exámenes médicos sujeto a criterio de la Aseguradora y (iv) aprobación por escrito por parte de la Aseguradora de que se ha aceptado la reactivación de la Cobertura WPLC. El cambio se hará efectivo al final del trimestre en el que la Aseguradora ha aceptado la reactivación de la Cobertura WPLC.

---

## 12. ASPECTOS CONTRACTUALES


---

La Cobertura WPLC entrará en vigor a partir del día establecido en la notificación al Tomador de la aceptación formal por parte de la Aseguradora de la Cobertura WPLC.

Este Anexo debe interpretarse junto con los términos y condiciones de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales y los suplementos, apéndices o enmiendas, si procedieren, que se emitan para complementar o modificar la Póliza. En caso de contradicción entre lo establecido en el presente Anexo y los términos y condiciones de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales y los suplementos, apéndices o enmiendas, si procedieren, que se emitan para complementar o modificar la Póliza, los términos y condiciones del presente Anexo prevalecerán.

Este Anexo es parte integrante de la Póliza pero no modifica, sustituye o reemplaza la Póliza, a excepción de lo expresamente establecido en el presente Anexo.

### Tomador 1

 (precedida de le mencion manuscrita "leído y aprobado")


**FIRMA**

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar

### Tomador 2

 (precedida de le mencion manuscrita "leído y aprobado")


**FIRMA**

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar

### Tomador 3

 (precedida de le mencion manuscrita "leído y aprobado")


**FIRMA**

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar

### Tomador 4

 (precedida de le mencion manuscrita "leído y aprobado")


**FIRMA**

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---


Lugar

**Asegurado\***

 (precedida de la mención manuscrita "leído y aprobado")


**FIRMA**

**Asegurado\***

 (precedida de la mención manuscrita "leído y aprobado")


**FIRMA**

**Asegurado\***

 (precedida de la mención manuscrita "leído y aprobado")

**FIRMA**

**Asegurado\***

 (precedida de la mención manuscrita "leído y aprobado")

**FIRMA**

**Nombre y firma del intermediario**

**Nombre de la sociedad o sello\*\***

**Número de registro/matriculación del intermediario\*\*\***

\* La firma del Asegurado es necesaria únicamente cuando se trate de una persona distinta del/de los Tomador(es) de la Póliza.

\*\* Cuando el intermediario sea una sociedad.

\*\*\* Se trata del número de registro o matriculación atribuido al intermediario de seguros por el regulador de seguros de su país de origen y presente en la lista oficial de intermediarios de seguros publicado por el regulador de seguros de su país de origen. Este requisito no se aplica cuando la intermediación de la Póliza se efectúe en un país no miembro del Espacio Económico Europeo.

## A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Utmost Luxembourg S.A. está inscrita en el R.C.S. con el número B37604 y está regulada por el Commissariat aux Assurances (CAA)  
Domicilio social: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Utmost Wealth Solutions está registrada en Luxemburgo bajo la denominación social de Utmost Luxembourg S.A.

ANTECEDENTES PERSONALES

1 Nombre del Asegurado

2 Estatura  Peso

Estado civil

3 ¿Ha visitado al médico durante los últimos 5 años por motivos que no sean trastornos menores? (Se considera trastorno menor todo problema que no requiera más de 2 consultas y cuyo tratamiento no haya durado más de 10 días)?  Sí  No

4 ¿Está tomando algún medicamento recetado por un médico o necesita hacerse chequeos periódicos como consecuencia de una enfermedad anterior?  Sí  No

5 ¿Se ha sometido alguna vez al examen del VIH-SIDA o se le ha aconsejado o recomendado hacerse un estudio de ésta o alguna otra enfermedad de transmisión sexual?  Sí  No

6 a) ¿Cuánto fuma al día?  
Cigarillos  Puros  Pipa

b) Si ha dejado de fumar, ¿desde cuándo? ¿Fue por consejo de su médico?

7 ¿Alguna vez le ha sido rechazada, postergada o aceptada con reservas una solicitud de seguro médico, accidente o de vida?  Sí  No

8 Ocupación del Asegurado/Campo de estudios

9 ¿Está Usted, como Asegurado, expuesto a algún riesgo especial en su ocupación o campo de estudios, o viaja o reside usted en países con riesgos políticos o de salud (por ejemplo, trabajos con explosivos, vuelos sin ser pasajero de pago, buceo, paracaidismo, carreras en automotores...)?  Sí  No

De ser así, le rogamos que nos detalles de más.

Podría a continuación detallar la duración y destino de los viajes realizados en los últimos 24 meses así como la duración y destino de los viajes que planea realizar para los próximos 24 meses.

10 Nombre y dirección de su médico actual

11 Si la respuesta a una o varias de las preguntas es "Sí", por favor proporcione todos los detalles a continuación, incluyendo fechas.

**Asegurado**

**FIRMA**

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar

A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Utmost Luxembourg S.A. está inscrita en el R.C.S. con el número B37604 y está regulada por el Commissariat aux Assurances (CAA)  
Domicilio social: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Utmost Wealth Solutions está registrada en Luxemburgo bajo la denominación social de Utmost Luxembourg S.A.

ANTECEDENTES PERSONALES

Declaraciones de la persona que se somete a examen

1. Nombre completo

Ocupación

Fecha de nacimiento         Estado civil

Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas siguientes, sírvase dar mayores detalles abajo, incluso fechas y períodos.

2. a) ¿Está usted actualmente bajo vigilancia o tratamiento médico?  Sí  No
- b) ¿Está tomando o se inyecta algún medicamento (recetado o no) o sigue alguna dieta especial?  Sí  No

3. ¿Ha tenido alguna vez...
- a) convulsiones, desmayos, vértigo o algún trastorno mental o nervioso?  Sí  No
- b) asma, bronquitis, neumonía u otro problema pulmonar?  Sí  No
- c) reumatismo, fiebre reumática, artritis u otro tipo de trastorno articular o muscular?  Sí  No
- d) dolor de pecho, falta de aire, palpitaciones, presión alta u otro problema cardiaco o circulatorio?  Sí  No
- e) indigestión, úlcera gástrica, diarrea o cualquier molestia intestinal, hepatitis u otro problema del hígado o diabetes?  Sí  No
- f) enfermedad de riñón o vejiga u otra afección genitourinaria?  Sí  No
- g) alguna herida, operación, defecto físico o deformidad?  Sí  No
- h) cualquier otra enfermedad que no se haya mencionado?  Sí  No

4. a) ¿Ha estado internado en algún hospital, centro de salud o clínica especializada?  Sí  No
- b) Se le han hecho radiografías, electrocardiogramas, análisis de sangre u otros estudios clínicos?  Sí  No

De ser así, por favor indique los motivos, fechas y resultados.

5. ¿Ha dado resultado positivo en análisis de VIH-SIDA o de hepatitis B o C o se ha sometido a análisis o tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual o está esperando los resultados de una prueba de este tipo?  Sí  No

De ser así, por favor proporcione mayores detalles.

6. ¿Ha residido o viajado fuera del país por más de 2 meses en los últimos 5 años?  Sí  No

7. ¿Ha usado medicamentos que no le haya recetado un médico?  Sí  No

8. a) ¿Cuál es su consumo promedio de alcohol? Diario  Semanal
- b) Si es abstemio, ¿desde cuándo lo es?
- c) ¿Cuánto fuma al día?  
Cigarillos  ¿Puros?  ¿Pipa?
- d) Si ha dejado de fumar, ¿desde cuándo? ¿Fue por consejo de su médico?

9. Antecedentes familiares

	SI VIVE, EDAD ACTUAL	ESTADO DE SALUD	SI FALLECIÓ, EDAD AL MORIR	CAUSA DEL FALLECIMIENTO
PADRE				
MADRE				
HERMANO(S)				
HERMANA(S)				

Declaro que, a mi leal saber y entender, las respuestas a las preguntas anteriores son veraces y completas.  
Confirmando que he revisado y comprobado que las respuestas no escritas de mi puño y letra son correctas.

**Asegurado**

**FIRMA**

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar

**VERACIDAD:** El abajo firmante declara que las respuestas y documentos que aporta (o que aportará en el futuro) son exactos y completos, y reconoce que sirven como presupuesto para la valoración del riesgo. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración o sus anexos, el asegurado perderá el derecho a las prestaciones que estuviesen garantizadas, reservándose la Aseguradora el derecho a rescindir la póliza.

**ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** El declarante se obliga a comunicar a la Aseguradora cualquier circunstancia que pueda alterar o modificar las afirmaciones contenidas en el presente cuestionario de salud, los documentos adjuntos o la información facilitada con posterioridad durante la evaluación del riesgo, que pueda acaecer desde la fecha de la suscripción del mismo hasta la de alta, en su caso, como asegurado.

INFORME CONFIDENCIAL

Para completar por el médico que realiza el examen

1. Ha tratado alguna vez con el/la Asegurado/a propuesto/a a nivel profesional con anterioridad?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, le agradeceríamos que revisara sus informes para confirmar que todos los asuntos relativos a la historia médica del/ de la Asegurado/a propuesto/a, han sido declarados y revisados en su totalidad.

Está de alguna manera relacionado/a con el/la Asegurado/a propuesto/a?  Sí  No

2. Descripción general

a) Por favor describa el aspecto general y la constitución

b) ¿Concuerda el aspecto físico con la edad declarada?  Sí  No

c) ¿Hay indicios de excesos pasados o presentes en el consumo de alcohol o tabaco o de otra conducta irregular?  Sí  No

d) ¿Se advierte tumefacción de los ganglios linfáticos o de las glándulas tiroideas?  Sí  No

e) ¿Se aprecian cicatrices importantes?  Sí  No

3. Medidas (tómense con ropa ligera)

Estatura  metros,  cm

Peso  kg,  g

Perímetro

¿Ha variado el peso respecto del año pasado?  Sí  No

Tórax Inhal  Exhal  Abdomen

Si responde "SÍ" indique la cantidad de reducción o aumento

**4. Sistema cardiovascular y presión arterial**

a) ¿Parece agrandado el corazón? Si la respuesta es "Sí", considera el problema leve, moderado o grave?  Sí  No

b) ¿Observa alguna anomalía de los ruidos cardíacos o alguna irregularidad rítmica?  Sí  No

Si detecta algún soplo, señale la duración, el foco de máxima intensidad, la dirección de propagación el carácter y la intensidad y si se modifica con el esfuerzo, la posición o la respiración, e indique si usted lo considera de origen funcional u orgánico.

c) ¿Observa alguna anomalía en los pulsos pedios?  Sí  No

Si sospecha alguna degeneración arterial, incluya un informe del fondo ocular.

d) ¿Hay alguna vena varicosa?  Sí  No

e) Presión arterial: Registre la contralateral y tome otras 2 lecturas si la primera sobrepasa 140/95 (4a fase) o 140/90 (5a fase) o si el pulso medio es anormal.

SISTÓLICA	DIASTÓLICA		PULSO PROMEDIO
	4ª FASE	5ª FASE	

**5. Sistema respiratorio**

a) ¿Se observa alguna anomalía en la forma y desarrollo del tórax?  Sí  No

b) ¿Se advierte algún signo anómalo en los pulmones?  Sí  No

c) Si hay antecedente de trastorno torácico o el examen indica alguna anomalía, incluya radiografía simple.  Sí  No

6. **Sistema genitourinario**

a) ¿La orina contiene...

i) Albúmina?

 Sí No

ii) Azúcar?

 Sí No

iii) Otras anomalías?

 Sí No

b) ¿Hay algún dato de enfermedad genitourinaria?

 Sí No

c) ¿Hay algún dato de anomalía prostática?

 Sí No

7. **Abdomen**

a) ¿Existe evidencia de abdomen blando o agrandado o anomalías palpables en el hígado o el bazo?

 Sí No

b) ¿Se detecta alguna hernia?

 Sí No

8. **Sistema nervioso**

a) ¿Hay signos de enfermedad del sistema nervioso central?

 Sí No

b) ¿Hay indicios de alguna tendencia a trastornos psiquiátricos?

 Sí No

9. **Órganos de los sentidos especiales**

¿Se observa alguna anomalía en ojos, oídos o lengua?

 Sí No

10. Sistema musculoesquelético

¿Existe alguna anomalía muscular u ósea o deterioro de la función espinal o articular?

 Sí No

11. ¿Hay algún dato que, en su opinión, requiera otros comentarios?

 Sí No

**FIRMA Y  
CREDENCIALES**

Fecha

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar

Por favor, anote su nombre e iniciales en mayúsculas

A WEALTH *of* DIFFERENCE

[www.utmostinternational.com](http://www.utmostinternational.com)

Utmost Luxembourg S.A. está inscrita en el R.C.S. con el número B37604 y está regulada por el Commissariat aux Assurances (CAA)  
Domicilio social: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg  
Utmost Wealth Solutions está registrada en Luxemburgo bajo la denominación social de Utmost Luxembourg S.A.