

DATOS TOMADOR

Nombre		Apellidos	
DNI		Fecha de nacimiento	Sexo
Dirección Postal			
Población		Provincia	CP
Teléfono		Mail	
¿Autónomo?		Profesión:	

Número de cuenta (IBAN)	ES
-------------------------	----

Cubrir solo si el tomador es asegurado:

Peso (kg)		Altura (cm)	
¿Está en tratamiento o ha estado por las siguientes enfermedades: patología hepática, patología cardíaca, enfermedad oncológica, enfermedad autoinmune, apnea del sueño, enfisema o bronquitis?			SÍ / NO
En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?			SÍ / NO
¿Está en proceso de estudio de alguna enfermedad actualmente?			SÍ / NO
¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores para declarar?			SÍ / NO
¿Es cambio de compañía?			SÍ / NO
En caso de haber respondido SÍ, a alguna cuestión anterior detalla aquí:			

DATOS ASEGURADOS (en caso de que existan más asegurados o el asegurado sea distinto al tomador)

ASEGURADO

Nombre		Apellidos	
DNI		Fecha de nacimiento	Sexo
Parentesco con el tomador			
Peso (kg)		Altura (cm)	
¿Está en tratamiento o ha estado por las siguientes enfermedades: patología hepática, patología cardíaca, enfermedad oncológica, enfermedad autoinmune, apnea del sueño, enfisema o bronquitis?			SÍ / NO
En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?			SÍ / NO
¿Está en proceso de estudio de alguna enfermedad actualmente?			SÍ / NO
¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores para declarar?			SÍ / NO
¿Es cambio de compañía?			SÍ / NO
En caso de haber respondido SÍ, a alguna cuestión anterior detalla aquí:			

ASEGURADO

Nombre		Apellidos	
DNI		Fecha de nacimiento	Sexo
Parentesco con el tomador			
Peso (kg)		Altura (cm)	
¿Está en tratamiento o ha estado por las siguientes enfermedades: patología hepática, patología cardiaca, enfermedad oncológica, enfermedad autoinmune, apnea del sueño, enfisema o bronquitis?			SÍ / NO
En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?			SÍ / NO
¿Está en proceso de estudio de alguna enfermedad actualmente?			SÍ / NO
¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores para declarar?			SÍ / NO
¿Es cambio de compañía?			SÍ / NO
En caso de haber respondido SÍ, a alguna cuestión anterior detalla aquí:			

ASEGURADO

Nombre		Apellidos	
DNI		Fecha de nacimiento	Sexo
Parentesco con el tomador			
Peso (kg)		Altura (cm)	
¿Está en tratamiento o ha estado por las siguientes enfermedades: patología hepática, patología cardiaca, enfermedad oncológica, enfermedad autoinmune, apnea del sueño, enfisema o bronquitis?			SÍ / NO
En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?			SÍ / NO
¿Está en proceso de estudio de alguna enfermedad actualmente?			SÍ / NO
¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores para declarar?			SÍ / NO
¿Es cambio de compañía?			SÍ / NO
En caso de haber respondido SÍ, a alguna cuestión anterior detalla aquí:			

ASEGURADO

Nombre		Apellidos	
DNI		Fecha de nacimiento	Sexo
Parentesco con el tomador			
Peso (kg)		Altura (cm)	
¿Está en tratamiento o ha estado por las siguientes enfermedades: patología hepática, patología cardiaca, enfermedad oncológica, enfermedad autoinmune, apnea del sueño, enfisema o bronquitis?			SÍ / NO
En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?			SÍ / NO
¿Está en proceso de estudio de alguna enfermedad actualmente?			SÍ / NO
¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores para declarar?			SÍ / NO
¿Es cambio de compañía?			SÍ / NO
En caso de haber respondido SÍ, a alguna cuestión anterior detalla aquí:			

Fecha:

Firma tomador: