

RAMO

N.º PÓLIZA

MEDIADOR / CÓDIGO

PRODUCTO A CONTRATAR

Completo con copagos

Completo sin copagos

Especialista A (copago bajo)

Especialista B (copago alto)

COMPLEMENTOS

Dental

OncoSalud

Hospitalización

¿Contrata Salud Plus?

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE

APELLIDOS

DNI / NIE

F. NACIMIENTO

SEXO

NACIONALIDAD

DOMICILIO

C. POSTAL

POBLACIÓN

PROVINCIA

PROFESIÓN

TEL. MÓVIL

TEL. FIJO

CORREO ELECTRÓNICO

El tomador es también asegurado

Necesario para poder realizar la grabación.

PRIMA, FORMA DE PAGO Y DOMICILIACIÓN

PRIMA ANUAL (€)

FORMA DE PAGO

FECHA DE EFECTO

IBAN

ENTIDAD

OFICINA

DC

N.º CUENTA

TITULAR (si no es el tomador)

GRABACIÓN Y CARENCIAS

DÍA DE GRABACIÓN

HORA DE GRABACIÓN

¿APORTA DOCUMENTACIÓN PARA ELIMINAR CARENCIAS?

SI

NO

DATOS DEL ASEGURADO 1

NOMBRE	APELLIDOS	DNI / NIE
F. NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
PESO (kg)	ALTURA (cm)	PARENTESCO CON EL TOMADOR

CUESTIONARIO DE SALUD

Marque SÍ o NO. Si marca alguna SÍ, detalle en el recuadro de debajo del bloque.

SÍ NO

REUMATOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

Dermatosis diseminada, artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, lupus	SI	NO
Hernias discales (protusión, radiculopatía), espondiloartrosis, gonartrosis, coxartrosis, artrosis	SI	NO
Fracturas con tratamiento quirúrgico (grandes articulaciones o con prótesis)	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OFTALMOLOGÍA

Miopía de más de 8 dioptrías, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina	SI	NO
---	----	----

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SALUD MENTAL

Distimia, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar	SI	NO
Patologías psiquiátricas (fobia, agorafobia, bulimia, anorexia)	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

DIGESTIVO Y RENAL

Cirrosis, insuficiencia renal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa	SI	NO
Hepatitis B, C o D, úlcera péptica, diabetes mellitus, pancreatitis, cólicos nefríticos de repetición	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

NEUROLOGÍA

Esclerosis múltiple, ELA, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, demencia	SI	NO
Miopatías / neuropatías	SI	NO
Traumatismo craneoencefálico con hospitalización, tumor o quiste cerebral	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CARDIOVASCULAR

Cardiopatía isquémica (angina o infarto), accidente cerebrovascular (trombosis o hemorragia)	SI	NO
Arritmia cardíaca, miocardiopatía, valvulopatía, hipertensión arterial	SI	NO
Tromboembolismo pulmonar, aneurisma arterial, vasculitis, disección aórtica	SI	NO
Varices (sintomáticas, distrofias cutáneas, ulceraciones)	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CUESTIONARIO DE SALUD (CONTINUACIÓN)

RESPIRATORIO

Bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, enfisema, apnea del sueño

SI

NO

Asma, neumonías de repetición

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

ONCOLOGÍA Y OTROS

Tumores de colon, recto, páncreas, hígado, faringe, laringe, esófago, estómago, encéfalo, pulmón, melanoma, mama

SI

NO

Cualquier otro tumor en los últimos 24 meses

SI

NO

Coagulopatías, VIH+ / SIDA

SI

NO

Patología tiroidea (nódulos, hipertiroidismo, hipotiroidismo, tiroiditis)

SI

NO

Patología ovárica, mamaria, endometrial o de cuello uterino

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

HÁBITOS

Consumo de drogas

SI

NO

Alcoholismo

SI

NO

Consumo de más de 20 cigarrillos al día

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Tiene reconocida alguna discapacidad o incapacidad declarada? (indicar grado, fecha y motivo)

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Está recibiendo algún tratamiento médico o está en estudio de algún proceso?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Ha sido hospitalizado, le han intervenido o tiene prevista alguna intervención que no sea por accidente?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Es cambio de compañía?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 1

Divina Seguros · Salud Completo · Asegurado 1

SOLICITUD-2026_COMPLETO_ES

DATOS DEL ASEGURADO 2

NOMBRE	APELLIDOS	DNI / NIE
F. NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
PESO (kg)	ALTURA (cm)	PARENTESCO CON EL TOMADOR

CUESTIONARIO DE SALUD

Marque SÍ o NO. Si marca alguna SÍ, detalle en el recuadro de debajo del bloque.

SÍ NO

REUMATOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

Dermatosis diseminada, artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, lupus	SI	NO
Hernias discales (protusión, radiculopatía), espondiloartrosis, gonartrosis, coxartrosis, artrosis	SI	NO
Fracturas con tratamiento quirúrgico (grandes articulaciones o con prótesis)	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OFTALMOLOGÍA

Miopía de más de 8 dioptrías, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina	SI	NO
---	----	----

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SALUD MENTAL

Distimia, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar	SI	NO
Patologías psiquiátricas (fobia, agorafobia, bulimia, anorexia)	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

DIGESTIVO Y RENAL

Cirrosis, insuficiencia renal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa	SI	NO
Hepatitis B, C o D, úlcera péptica, diabetes mellitus, pancreatitis, cólicos nefríticos de repetición	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

NEUROLOGÍA

Esclerosis múltiple, ELA, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, demencia	SI	NO
Miopatías / neuropatías	SI	NO
Traumatismo craneoencefálico con hospitalización, tumor o quiste cerebral	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CARDIOVASCULAR

Cardiopatía isquémica (angina o infarto), accidente cerebrovascular (trombosis o hemorragia)	SI	NO
Arritmia cardíaca, miocardiopatía, valvulopatía, hipertensión arterial	SI	NO
Tromboembolismo pulmonar, aneurisma arterial, vasculitis, disección aórtica	SI	NO
Varices (sintomáticas, distrofias cutáneas, ulceraciones)	SI	NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CUESTIONARIO DE SALUD (CONTINUACIÓN)

RESPIRATORIO

Bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, enfisema, apnea del sueño

SI

NO

Asma, neumonías de repetición

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

ONCOLOGÍA Y OTROS

Tumores de colon, recto, páncreas, hígado, faringe, laringe, esófago, estómago, encéfalo, pulmón, melanoma, mama

SI

NO

Cualquier otro tumor en los últimos 24 meses

SI

NO

Coagulopatías, VIH+ / SIDA

SI

NO

Patología tiroidea (nódulos, hipertiroidismo, hipotiroidismo, tiroiditis)

SI

NO

Patología ovárica, mamaria, endometrial o de cuello uterino

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

HÁBITOS

Consumo de drogas

SI

NO

Alcoholismo

SI

NO

Consumo de más de 20 cigarrillos al día

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Tiene reconocida alguna discapacidad o incapacidad declarada? (indicar grado, fecha y motivo)

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Está recibiendo algún tratamiento médico o está en estudio de algún proceso?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Ha sido hospitalizado, le han intervenido o tiene prevista alguna intervención que no sea por accidente?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Es cambio de compañía?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 2

Divina Seguros · Salud Completo · Asegurado 2

SOLICITUD-2026_COMPLETO_ES

DATOS DEL ASEGURADO 3

NOMBRE	APELLIDOS	DNI / NIE
F. NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
PESO (kg)	ALTURA (cm)	PARENTESCO CON EL TOMADOR

CUESTIONARIO DE SALUD

Marque SÍ o NO. Si marca alguna SÍ, detalle en el recuadro de debajo del bloque.

SÍ

NO

REUMATOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

Dermatitis diseminada, artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, lupus

SI

NO

Hernias discales (protusión, radiculopatía), espondiloartrosis, gonartrosis, coxartrosis, artrosis

SI

NO

Fracturas con tratamiento quirúrgico (grandes articulaciones o con prótesis)

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OFTALMOLOGÍA

Miopía de más de 8 dioptrías, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SALUD MENTAL

Distimia, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar

SI

NO

Patologías psiquiátricas (fobia, agorafobia, bulimia, anorexia)

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

DIGESTIVO Y RENAL

Cirrosis, insuficiencia renal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa

SI

NO

Hepatitis B, C o D, úlcera péptica, diabetes mellitus, pancreatitis, cólicos nefríticos de repetición

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

NEUROLOGÍA

Esclerosis múltiple, ELA, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, demencia

SI

NO

Miopatías / neuropatías

SI

NO

Traumatismo craneoencefálico con hospitalización, tumor o quiste cerebral

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CARDIOVASCULAR

Cardiopatía isquémica (angina o infarto), accidente cerebrovascular (trombosis o hemorragia)

SI

NO

Arritmia cardíaca, miocardiopatía, valvulopatía, hipertensión arterial

SI

NO

Tromboembolismo pulmonar, aneurisma arterial, vasculitis, disección aórtica

SI

NO

Varices (sintomáticas, distrofias cutáneas, ulceraciones)

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CUESTIONARIO DE SALUD (CONTINUACIÓN)

SÍ NO

RESPIRATORIO

Bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, enfisema, apnea del sueño	SI	NO
Asma, neumonías de repetición	SI	NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

ONCOLOGÍA Y OTROS

Tumores de colon, recto, páncreas, hígado, faringe, laringe, esófago, estómago, encéfalo, pulmón, melanoma, mama	SI	NO
Cualquier otro tumor en los últimos 24 meses	SI	NO
Coagulopatías, VIH+ / SIDA	SI	NO
Patología tiroidea (nódulos, hipertiroidismo, hipotiroidismo, tiroiditis)	SI	NO
Patología ovárica, mamaria, endometrial o de cuello uterino	SI	NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

HÁBITOS

Consumo de drogas	SI	NO
Alcoholismo	SI	NO
Consumo de más de 20 cigarrillos al día	SI	NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Tiene reconocida alguna discapacidad o incapacidad declarada? (indicar grado, fecha y motivo)	SI	NO
--	----	----

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Está recibiendo algún tratamiento médico o está en estudio de algún proceso?	SI	NO
---	----	----

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Ha sido hospitalizado, le han intervenido o tiene prevista alguna intervención que no sea por accidente?	SI	NO
---	----	----

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Es cambio de compañía?	SI	NO
-------------------------	----	----

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 3

DATOS DEL ASEGURADO 4

NOMBRE	APELLIDOS	DNI / NIE
F. NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
PESO (kg)	ALTURA (cm)	PARENTESCO CON EL TOMADOR

CUESTIONARIO DE SALUD

Marque SÍ o NO. Si marca alguna SÍ, detalle en el recuadro de debajo del bloque.

SÍNO

REUMATOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

Dermatitis diseminada, artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, lupus

SI

NO

Hernias discales (protusión, radiculopatía), espondiloartrosis, gonartrosis, coxartrosis, artrosis

SI

NO

Fracturas con tratamiento quirúrgico (grandes articulaciones o con prótesis)

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OFTALMOLOGÍA

Miopía de más de 8 dioptrías, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SALUD MENTAL

Distimia, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar

SI

NO

Patologías psiquiátricas (fobia, agorafobia, bulimia, anorexia)

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

DIGESTIVO Y RENAL

Cirrosis, insuficiencia renal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa

SI

NO

Hepatitis B, C o D, úlcera péptica, diabetes mellitus, pancreatitis, cólicos nefríticos de repetición

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

NEUROLOGÍA

Esclerosis múltiple, ELA, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, demencia

SI

NO

Miopatías / neuropatías

SI

NO

Traumatismo craneoencefálico con hospitalización, tumor o quiste cerebral

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CARDIOVASCULAR

Cardiopatía isquémica (angina o infarto), accidente cerebrovascular (trombosis o hemorragia)

SI

NO

Arritmia cardíaca, miocardiopatía, valvulopatía, hipertensión arterial

SI

NO

Tromboembolismo pulmonar, aneurisma arterial, vasculitis, disección aórtica

SI

NO

Varices (sintomáticas, distrofias cutáneas, ulceraciones)

SI

NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

Divina Seguros · Salud Completo · Asegurado 4

SOLICITUD-2026_COMPLETO_ES

CUESTIONARIO DE SALUD (CONTINUACIÓN)

RESPIRATORIO

Bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, enfisema, apnea del sueño

SI

NO

Asma, neumonías de repetición

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

ONCOLOGÍA Y OTROS

Tumores de colon, recto, páncreas, hígado, faringe, laringe, esófago, estómago, encéfalo, pulmón, melanoma, mama

SI

NO

Cualquier otro tumor en los últimos 24 meses

SI

NO

Coagulopatías, VIH+ / SIDA

SI

NO

Patología tiroidea (nódulos, hipertiroidismo, hipotiroidismo, tiroiditis)

SI

NO

Patología ovárica, mamaria, endometrial o de cuello uterino

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

HÁBITOS

Consumo de drogas

SI

NO

Alcoholismo

SI

NO

Consumo de más de 20 cigarrillos al día

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Tiene reconocida alguna discapacidad o incapacidad declarada? (indicar grado, fecha y motivo)

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Está recibiendo algún tratamiento médico o está en estudio de algún proceso?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Ha sido hospitalizado, le han intervenido o tiene prevista alguna intervención que no sea por accidente?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

¿Es cambio de compañía?

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 4

Divina Seguros · Salud Completo · Asegurado 4

SOLICITUD-2026_COMPLETO_ES

DATOS DEL ASEGURADO 5

NOMBRE	APELLIDOS	DNI / NIE
F. NACIMIENTO	SEXO	NACIONALIDAD
PESO (kg)	ALTURA (cm)	PARENTESCO CON EL TOMADOR

CUESTIONARIO DE SALUD

Marque Sí o NO. Si marca alguna Sí, detalle en el recuadro de debajo del bloque.

SÍNO

REUMATOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

Dermatitis diseminada, artritis psoriásica, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, lupus

SI

NO

Hernias discales (protusión, radiculopatía), espondiloartrosis, gonartrosis, coxartrosis, artrosis

SI

NO

Fracturas con tratamiento quirúrgico (grandes articulaciones o con prótesis)

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OFTALMOLOGÍA

Miopía de más de 8 dioptrías, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SALUD MENTAL

Distimia, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar

SI

NO

Patologías psiquiátricas (fobia, agorafobia, bulimia, anorexia)

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

DIGESTIVO Y RENAL

Cirrosis, insuficiencia renal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa

SI

NO

Hepatitis B, C o D, úlcera péptica, diabetes mellitus, pancreatitis, cólicos nefríticos de repetición

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

NEUROLOGÍA

Esclerosis múltiple, ELA, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, demencia

SI

NO

Miopatías / neuropatías

SI

NO

Traumatismo craneoencefálico con hospitalización, tumor o quiste cerebral

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

CARDIOVASCULAR

Cardiopatía isquémica (angina o infarto), accidente cerebrovascular (trombosis o hemorragia)

SI

NO

Arritmia cardíaca, miocardiopatía, valvulopatía, hipertensión arterial

SI

NO

Tromboembolismo pulmonar, aneurisma arterial, vasculitis, disección aórtica

SI

NO

Varices (sintomáticas, distrofias cutáneas, ulceraciones)

SI

NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

Divina Seguros · Salud Completo · Asegurado 5

SOLICITUD-2026_COMPLETO_ES

SÍ NO

SI NO

SI NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SI NO

Si ha marcado Sí: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

SI NO

Si ha marcado SÍ: indique zona del cuerpo, año, tratamiento recibido, secuelas y medicación actual.

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 5

DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y DE LOS ASEGURADOS

El tomador y los asegurados declaran que todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos y completos, y que no han omitido ninguna circunstancia que pueda influir en la valoración del riesgo.

Conforme al artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la reserva o inexactitud en las declaraciones del cuestionario puede dar lugar a la reducción de la prestación o a la liberación de la aseguradora del pago de la misma, en los términos previstos en dicho artículo.

Esta solicitud no supone la aceptación del riesgo por parte de la entidad aseguradora. La cobertura no entra en vigor hasta la emisión de la póliza y el pago de la primera prima.

PROTECCIÓN DE DATOS. Los datos facilitados, incluidos los de salud (categoría especial, art. 9.2.a RGPD), se tratan para valorar el riesgo, emitir la póliza y gestionar el contrato. La base legal es la ejecución del contrato y el consentimiento explícito para los datos de salud. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad según se indica en la información precontractual entregada.

Consiento expresamente el tratamiento de mis datos de salud para valorar el riesgo y emitir la póliza.

He recibido la información precontractual, el documento de información del producto (DIP) y las condiciones generales.

LUGAR

FECHA (DD/MM/AAAA)

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL ASEGURADO (si es distinto)

OBSERVACIONES GENERALES