

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.

¿Está o ha estado en tratamiento por patología hepática, cardíaca o enfermedad oncológica?

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

En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?

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

¿Está en proceso de alguna enfermedad actualmente?

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

¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores que declarar?

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

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 1

SÍNO

SI NO

SI NO

SI NO

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.

¿Está o ha estado en tratamiento por patología hepática, cardíaca o enfermedad oncológica?

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

SÍ

NO

En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?

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

SI

NO

¿Está en proceso de alguna enfermedad actualmente?

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

SI

NO

¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores que declarar?

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

SI

NO

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 2

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

¿Está o ha estado en tratamiento por patología hepática, cardíaca o enfermedad oncológica?

SI

NO

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

En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?

SI

NO

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

¿Está en proceso de alguna enfermedad actualmente?

SI

NO

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

¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores que declarar?

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.

¿Está o ha estado en tratamiento por patología hepática, cardíaca o enfermedad oncológica?

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

En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?

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

¿Está en proceso de alguna enfermedad actualmente?

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

¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores que declarar?

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

OTRAS OBSERVACIONES DEL ASEGURADO 4

SÍNO

SI NO

SI NO

SI NO

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.

SÍ

NO

¿Está o ha estado en tratamiento por patología hepática, cardíaca o enfermedad oncológica?

SI

NO

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

En caso de ser mujer, ¿está usted embarazada?

SI

NO

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

¿Está en proceso de alguna enfermedad actualmente?

SI

NO

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

¿Tiene otras patologías o intervenciones mayores que declarar?

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