

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO

MEDIATC

MEDIATC-BASE

DENTAL

COMPLEMENTARIO DE VIDA

MULTIMEDIC

ALFA

BETA

MULTIMEDIC PLUS

ALFA

BETA

FECHA DE EFECTO: _____

AGENTE _____

CÓDIGO _____ / _____

AUTORIZACIÓN DE PAGO

ENTIDAD _____ OFICINA _____ DC _____ NÚM. CUENTA _____

TOMADOR DEL SEGURO

NOMBRE			N.I.F.
DOMICILIO HABITUAL			TEL.
LOCALIDAD			CÓD. POSTAL

ASEGURADOS

N.º	APELLIDOS	NOMBRE	N.I.F.	E.C.	PARENTESCO	SEXO	FECHA NAC.
1					TITULAR		
2							
3							
4							
5							
6							
7							

DOMICILIO ASEGURADOS (Cumplimentar si es distinto al domicilio del Tomador)

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

LOCALIDAD _____ D.P. _____ PROV. _____

FORMA DE PAGO

MENSUAL SEMESTRAL

TRIMESTRAL ANUAL

MEDIATC

COMPLETOS

RESTRINGIDOS

MULTIMEDIC CON PARTO

MULTIMEDIC PLUS CON PARTO

Señalar con un círculo al n.º de asegurado que corresponde a los solicitantes de dicha cobertura: 1 2 3 4 5 6 7

CUESTIONARIO DE SALUD

ENFERMEDADES PADECIDAS ANTERIORMENTE

	NO	SÍ
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caruiopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos hepáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos nefríticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enferm. Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SÍ
Enferm. nerviosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nariz-Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enferm. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo describa la enfermedad o defecto

.....

.....

¿HA SUFRIDO O LE HAN ACONSEJADO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿Cuál? ¿Quién? ¿En qué fecha?

¿Cuál? ¿Quién? ¿En qué fecha?

¿Se encuentra en estado de gestación? Sí NO

¿Toma algún tipo de medicación? Sí NO

DECLARO: Que todas las respuestas anteriores que han de servir de base, en su caso, para elevar a Póliza esta Solicitud de Seguro son exactas, completas y verdaderas, quedando debidamente impuesto de que toda inexactitud, omisión o falta de veracidad, tendrá como consecuencia la nulidad de la Póliza, siempre que las mismas influyan en la estimación del riesgo, de acuerdo con el artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

Lugar y fecha

EL ASEGURADO-BENEFICIARIO,

EL TOMADOR

La información que usted nos facilita permitirá adecuar nuestras ofertas a sus intereses y quedará recogida en nuestro fichero. Usted tiene el derecho de acceder a esta información y cancelarla o modificarla en caso de ser errónea. Si desea que sus datos permanezcan en nuestros archivos, pero no desea recibir otras informaciones de otras empresas vinculadas a FIATC y que pudieran ser de su interés, háganoslo saber.