

CUESTIONARIO SALUD

Datos del asegurado

Nombre:

DNI / CIF

Características de las personas a asegurar

Código Postal residencia

Características Del Riesgo

Datos asegurados

F. Nacimiento	Sexo	Parentesco	Profesión
___/___/___	☐ H ☐ M	_____	_____
___/___/___	☐ H ☐ M	_____	_____
___/___/___	☐ H ☐ M	_____	_____
___/___/___	☐ H ☐ M	_____	_____
___/___/___	☐ H ☐ M	_____	_____
___/___/___	☐ H ☐ M	_____	_____

Coberturas/sumas aseguradas

Tipo de seguro

☐ Cuadro médico

☐ Libre elección

Copago

☐ No

☐ Si

Observaciones

Fecha ___/___/___ Colaborador. _____