

## SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

MODALIDAD:

Fecha de efecto:

1-TOMADOR/A DEL SEGURO

Nombre y Apellidos:

NIF/CIF/Pasaporte:

Domicilio:

Código Postal:

Localidad:

Provincia:

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

Fecha de nacimiento:

E-mail:

Sexo:

Nacionalidad:

Profesión:

Estado civil:

2- ASEGURADO

Nombre y Apellidos:

NIF/CIF/Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Profesión:

Estado civil:

Parentesco:



### 3- ASEGURADO

Nombre y Apellidos:

NIF/CIF/Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Profesión:

Estado civil:

Parentesco:

### 4- ASEGURADO

Nombre y Apellidos:

NIF/CIF/Pasaporte:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Profesión:

Estado civil:

Parentesco:

### DOMICILIO DE COBROS DEL RECIBO

Forma de pago \_\_\_\_ mensual \_\_\_\_ trimestral \_\_\_\_ semestral \_\_\_\_ anual

NUMERO BANCARIO:

ES

## **DECLARACIÓN DE SALUD:**

Datos personales de los asegurados.

Peso (kg)/Estatura (cm):    1-                    2-                    3-                    4-

Consumo de tabaco/alcohol/drogas

Tratamiento para la Tensión?

Cuestionario de salud

Dietas:

Especifique si ha sido, está siendo o tiene previsto ser estudiado, diagnosticado, tratado, hospitalizado y/o valorado por algún médico; o si tiene o ha tenido alguna enfermedad, malformación congénita o defecto constitucional, accidente, circunstancia de salud, síntoma o dolor en relación con:

1. Sistema endocrino y metabólico (tiroides, diabetes, etc)?
2. Patología Respiratoria?
3. Patología digestiva, intestinal, hernias, hepatitis y páncreas?
4. Patología oncológica y trasplantes?
5. Patología Psiquiátrica?
6. Patología del corazón, cardiovascular, circulatorias?
7. Neurología?
8. Patología renal, urológica, ginecológica?
9. Patologías autoinmunes, reumatológicas, de la sangre e infecciosas y Patologías dermatológicas?
10. Patología de oído, laringe, nariz y garganta?
11. Oftalmología?
12. Traumatología?

Protección de datos personales

El tomador del seguro declara estar informado, de forma expresa y precisa, sobre la existencia de un fichero cuyo responsable es DKV Seguros. En dicho fichero, se

incorporarán y tratarán los datos personales (incluidos los de salud) proporcionados en la solicitud de seguro y, en su caso, los derivados de informes o reconocimientos médicos, además de los obtenidos durante la vigencia del contrato para hacer posible el cumplimiento del mismo.