

Solicitud Web: Seguro de Salud

1.- Delegación-Agencia 56-3202/56-9472	Fecha entrada Delegación	Campaña Comercial	Número
<input type="radio"/> Solicitud de Seguro <input type="radio"/> Solicitud Modificación Póliza número <input type="radio"/> N° Dossier			

Datos del Tomador

(Titula en familias o datos de empresa en colectivos)

Primer Apellido/Razón Social	Segundo Apellido		
Nombre	NIF/DNI/Documento acreditativo extranjero		
Fecha de nacimiento	Idioma	<input type="radio"/> Varón	<input type="radio"/> Mujer
Domicilio (Urbanización, polígono, calle, número, piso, puerta)			
Código Postal	Población		
Provincia	País	Teléfono	
Profesión/Actividad	Dirección de correo electrónico		
Área Profesional (Sólo para particulares, táchese lo que corresponda)	<input type="radio"/> 1. Empleado o profesional por cuenta ajena	<input type="radio"/> 2. Profesional por cuenta propia	<input type="radio"/> 3. Empresario o Comerciante
			<input type="radio"/> 4. Funcionario Público

Datos de cobro bancario

(Obligatorio 20 dígitos)

Cód. Banco	Cód. Agencia	Control	Cuenta Corriente/Libreta	Banco o Caja
------------	--------------	---------	--------------------------	--------------

Modalidad de Póliza contratada

<input type="radio"/> Optima	<input type="radio"/> Optima Plus
Cobertura dental * <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Cobertura Opcional)	Cobertura dental* <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Cobertura Opcional)
* Coberturas para todos los asegurados de la póliza.	
	Subsidio por hospitalización* <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (Cobertura Opcional) (60 euros diarios. Máximo 90 días)

Efecto, Duración y Forma de pago

Fecha inicial de Efecto (a las 0 horas)	Duración del Seguro
0 1	Anual, con prórrogas sucesivas el mismo día y mes de cada año.
Forma de pago: <input type="radio"/> Anual	<input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual

Datos de los Asegurados

Número de personas por las que se solicita el seguro incluido el Titular

Asegurado 1
(Titular de la póliza)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre
NIF
Fecha de nacimiento
Idioma Varón Mujer
Profesión/Actividad
Estado civil¿Es Ud. fumador?* Sí No¿Desea incluir la cobertura de embarazo y parto?*** Sí No (Cumplimentar sólo en caso de mujeres)**Asegurado 2**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre
NIF
Fecha de nacimiento
Idioma Varón Mujer
Profesión/Actividad
Parentesco con el Titular de la póliza
Estado civil¿Es Ud. fumador?* Sí No¿Desea incluir la cobertura de embarazo y parto?*** Sí No (Cumplimentar sólo en caso de mujeres)**Asegurado 3**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre
NIF
Fecha de nacimiento
Idioma Varón Mujer
Profesión/Actividad
Parentesco con el Titular de la póliza
Estado civil¿Es Ud. fumador?* Sí No¿Desea incluir la cobertura de embarazo y parto?*** Sí No (Cumplimentar sólo en caso de mujeres)**Asegurado 4**

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre
NIF
Fecha de nacimiento
Idioma Varón Mujer
Profesión/Actividad
Parentesco con el Titular de la póliza
Estado civil¿Es Ud. fumador?* Sí No¿Desea incluir la cobertura de embarazo y parto?*** Sí No (Cumplimentar sólo en caso de mujeres)**Dirección común a todos los Asegurados, si es distinta a la del Tomador.**

Domicilio (Urbanización, polígono, calle, número, piso, puerta)

Código Postal
Población
Provincia
País
Teléfono

* Se considera no fumador a los efectos de esta póliza a aquella persona que no ha consumido tabaco de ninguna forma en los últimos 24 meses y no tiene intención de hacerlo en el futuro.

** La cobertura Opcional de embarazo y parto, incluye reproducción asistida para los dos miembros de la pareja si están asegurados en Optima Plus

