

## Solicitud de Seguro Médico

### PRODUCTO CONTRATADO

<b>Seguro de Salud para Estudiantes Extranjeros</b>
---

### DATOS TOMADOR

Nombre			
NIF		Fecha nacimiento	
Domicilio			
Localidad			
Código Postal			
Teléfono			
E-mail			
Número de cuenta		Frecuencia de Pago	
Fecha de Efecto			

### DATOS ASEGURADO

Nombre			
NIF		Fecha nacimiento	
Domicilio			
Localidad			
Código Postal			
Teléfono			
E-mail			

### DATOS ASEGURADO

Nombre			
NIF		Fecha nacimiento	
Domicilio			
Localidad			
Código Postal			
Teléfono			
E-mail			

### DATOS ASEGURADO

Nombre			
NIF		Fecha nacimiento	
Domicilio			
Localidad			
Código Postal			
Teléfono			
E-mail			

**Fecha:**

**Firma Tomador:**

**Sello y Firma Mediador:**

**òmnibus**  
Correduría de Seguros  
MASANA-CASALEIZ, SL - NIF. B-62336003  
C/Consell de Cent, 445, Esc. B 1º 3º 08013 Barcelona  
Tel. 932 412 138 - Fax 932 002 457

**El tomador declara en la presente solicitud los siguientes datos médicos**

<b>Alguno de los asegurados:</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
1	¿Es hipertenso o tiene el colesterol alto?		
2	¿Tiene o ha tenido algún problema cardiovascular? <i>Infarto, trombosis vascular, angina de pecho, aneurisma, accidente vascular</i>		
3	¿Sufre de diabetes? <i>Tanto si se controla con pastillas o con insulina.</i>		
4	¿Tiene o ha tenido cáncer? <i>De cualquier parte del cuerpo, incluido sangre o piel.</i>		
5	¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de la sangre? <i>Hemofilia, leucemia, linfoma, talasemia, anemia, etc.</i>		
6	¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de origen renal, vías urinarias, próstata o aparato reproductor? <i>Ovarios, matriz, ...</i>		
7	¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital o está pendiente de serlo?		
8	¿Ha sufrido alguna enfermedad de carácter neurológico? <i>Párkinson, esclerosis múltiple, ELA, epilepsia, ...</i>		
9	¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad del aparato respiratorio? <i>Asma, bronquitis crónica, enfisema, ...</i>		
10	¿Tiene o ha sufrido trastorno digestivo? <i>Úlcera gástrica, gastritis, pancreatitis, enfermedades del hígado, ...</i>		
11	¿Tiene o ha sufrido alguna enfermedad de carácter reumatológico? <i>Lupus, artritis, fibromialgia, fatiga crónica.</i> ¿Y enfermedades de los huesos? <i>Artrosis, hernia discal, traumatismos, fracturas, ...</i>		
12	¿Sufre alguna enfermedad psiquiátrica? <i>Depresión, ansiedad, esquizofrenia, neurosis, anorexia nerviosa, bulimia, ...</i>		
13	¿Es seropositivo, o tiene hepatitis B o C o tiene el sida?		
14	¿Tiene alguna enfermedad que no se haya descrito anteriormente?		
15	¿Toma algún medicamento de forma crónica o habitual?		
<p>En caso afirmativo en alguna de las preguntas, indique la persona afectada, la enfermedad y el tiempo que hace que la padece:</p>			

Marcar la casilla correspondiente:

Este cuestionario de salud junto con los datos de tomador y de beneficiarios sirve de base para la emisión de la póliza y el contratante declara haberlas contestado conforme a la verdad. En caso contrario, se procederá a la anulación inmediata de la póliza y a la reclamación por los daños y perjuicios ocasionado.

**Fecha:**

**Sello y Firma Mediador:**

**Firma Tomador:**

**ómnibus**  
Correduría de Seguros  
MASANA-CASALEIZ, SL - NIF. B-62336003  
C/Consell de Cent, 445, Esc. B 1º 3º 08013 Barcelona  
Tel. 932 412 138 - Fax 932 002 457

