SOLICITUD DE DECESOS

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE	APELLIDO 1	APELLIDO 2
N.I.F	**LOCALIDAD**	**CODIGO POSTAL**
DIRECCIÓN	**DIRECCIÓN DE COBRO**	**CORREO ELECTRÓNICO**
CUENTA CORRIENTE (IBAN)		

DATOS PERSONALES DECESOS

N.I.F	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE	EDAD	FECHA NAC.	DECESOS		COMPLEMENTARIO		ACCIDENTES		HOSPITALIZACIÓN		PROCEDENCIA
						CAPITAL	PRIMA	CAPITAL	PRIMA	CAPITAL	PRIMA	CAPITAL	PRIMA	

CUESTIONARIO DE SALUD

1. ¿Se encuentra usted y los demás asegurados actualmente en buen estado de salud?

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO

2. ¿Está usted o alguno de los demás asegurados sometido a tratamiento o medicación? ¿Cuál? ¿Motivo?

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO

3. ¿Ha acudido usted o alguno de los demás asegurados al médico en los últimos 12 meses por problemas cardiacos, respiratorios u oncológicos?

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO

4. ¿Ha estado usted o alguno de los demás asegurados hospitalizado en el último año o va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente?

Ase. 1	Ase. 2	Ase. 3	Ase. 4	Ase. 5	Ase. 6	Ase. 7	Ase. 8	Ase. 9
■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO	■ SI ■ NO

AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN (si procede)

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma _____

NIF/NIE _____