|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Icono  Descripción generada automáticamente Datos para emitir proyecto salud Fedeca(sin compromiso) | |  |  | | --- | --- | | Nombre y apellidos | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Teléfono | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | E-mail | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Fecha de nacimiento | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | Fumas | SI  NO |   **Primero.** Indica los datos del tomador del seguro  **Segundo. Indica los datos de los otros asegurados**  **Asegurado 2**   |  |  | | --- | --- | | Nombre y apellidos | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Fecha de nacimiento | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | Fumas | SI  NO |   **Asegurado 3**   |  |  | | --- | --- | | Nombre y apellidos | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Fecha de nacimiento | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | Fumas | SI  NO |   **Asegurado 4**   |  |  | | --- | --- | | Nombre y apellidos | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | Fecha de nacimiento | Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | | Fumas | SI  NO |  |  |  | | --- | --- | | Elige una opción de aseguramiento: | | | **Cuadro médico sin hospitalización** |  | | **Cuadro médico con hospitalización** |  | | **Reembolso de gastos** |  |  |  |  | | --- | --- | | Tienes seguro actualmente | SI  NO | | Compañía actual | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |