|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Icono  Descripción generada automáticamenteDatos 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. |

 |