

DECLARACION Y CUESTIONARIO SEGURO MÉDICO

Nombre del solicitante:

Fecha de nacimiento:

Teléfono móvil personal:

Dirección particular completa:

Email:

- Are you currently admitted to hospital or receiving emergency medical treatment?
(¿Está actualmente ingresado en el hospital o recibe tratamiento médico de emergencia?)

YES

NO

- Have you been in accident that caused permanent injury or disability? (¿Ha sufrido algún accidente que le haya causado lesión o incapacidad permanente?)

YES

NO

- Do you have any congenital disorders? (¿Tiene algún trastorno congénito?)

YES

NO

Yo Don. mayor de edad, con nº Pasaporte

Declaro bajo juramento:

Que la información consignada anteriormente es veraz y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en

Fdo.