

BOLETIN de ADHESION - Seguro Colectivo



DATOS DEL SOLICITANTE		Nº de Póliza / Familia		F. Efecto
Nombre		N.I.F. ___ / PTE. ___		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil		
Domicilio		C.P.		
Localidad	Provincia	Teléfono	Nº Empleado	e-mail
Domiciliación de Recibos				
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Mensual				

Datos de los Asegurados	Asegurado Titular	Asegurado 2	Asegurado 3	Asegurado 4
Nombre				
Apellido 1 Apellido 2				
Sexo /Fecha Nac.				
N.I.F. <input type="checkbox"/> PTE. <input type="checkbox"/>				
Profesión				

CONTESTAR "SI" O "NO"

CUESTIONARIO DE SALUD	Titular	Aseg. 2	Aseg. 3	Aseg. 4
Peso (kg.) y Estatura (cm.)	/	/	/	/
1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad crónica o ha padecido alguna dolencia que le haya mantenido incapacitado más de 15 días?				
2. ¿Ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente / tratado en un centro sanitario?				
3. ¿Se encuentra bajo tratamiento o control médico?				
4. ¿Se ha realizado algún estudio y/o sometido a algún tratamiento para la esterilidad?				
5. ¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? (En caso afirmativo aportar condiciones particulares y último recibo abonado)				

En caso afirmativo, ampliar información (evolución, fechas, situación actual, tratamiento médico, etc.)

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE CAJA SALUD, S.A. acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.

En caso de que el asegurado carezca de número de Identificación de Extranjeros, se compromete a aportarlo a Mapfre Caja Salud, S.A. una vez lo tenga en su poder.

En a de de
Firma del Asegurado Titular

GARANTIAS: Asistencia Sanitaria Garantía Bucodental
 Reembolso de Gastos Completos Garantía Bucodental Reembolso de Gastos Hospitalarios Gran Cobertura

Notas		Control de Contratación
Sobreprimas: Profesión _____	Enfermedad _____	
Subcentral	Oficina	Clave de Intervención