

INFORMACION SEGURO MEDICO

En _____ a _____ de _____ de 2020

NOMBRE SOLICITANTE: _____

Nº PASAPORTE: _____

Por favor cumplimente los siguientes campos:

Deberá incluir la información personal del solicitante en España

Fecha prevista de entrada:

Dirección:

Ciudad:

Código Postal:

Teléfono Móvil:

Correo electrónico:

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. ¿Se encuentra actualmente ingresado en un hospital o recibiendo tratamiento médico de emergencia?

SI

NO

2. ¿Ha estado en un accidente que haya causado lesiones permanentes o incapacidad?

SI

NO

3. ¿Tiene algún trastorno congénito?

SI

NO

Firma solicitante: