

<b>Tomador:</b>
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

<b>Asegurado:</b>	
Apellidos	
Nombre	N.I.F.:
Domicilio	
C.P.:	Población:
Provincia:	
Teléfono/s:	E-Mail:
Fecha Nacim.:	Sexo:
Profesión:	Estado Civil:
Nº hijos:	Nacionalidad:

<b>Cobertura:</b>
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: 3.000 €

<b>Declaración de Salud:</b>	
Nombre:	Profesión:
Ocupación/Especialidad:	¿Es Zurdo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Talla:	Peso: Kg.
Tensión Arterial:	Máxima: Mínima:
Consumo diario de:	Cerveza: Vino: Licores: Tabaco:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | SI                       | NO                       |
| 1º ¿Tiene alguna alteración FÍSICA, ha sufrido algún accidente o intervención quirúrgica? Declare fechas y causas:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2º ¿Tiene o ha tenido alguna alteración PSÍQUICA o ha tomado medicación para la ansiedad, depresión, etc. en los últimos 5 años?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3º ¿Le ha sido concedida la invalidez en alguna de sus modalidades o ha estado de baja más de 30 días en los últimos 5 años?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4º ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a pruebas médicas especiales del tipo de la ergometría, biopsia, scanner, marcadores hepáticos, serología VIH, pruebas de función renal o respiratoria, etc?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5º ¿Ha padecido, padece o se ha sospechado que padeciese alguna enfermedad cardiaca, cerebrovascular, renal, respiratoria, neurológica, hepática, de transmisión sexual, SIDA, cáncer, diabetes, hipertensión o alguna otra? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6º ¿Mantiene algún riesgo en el desarrollo de su profesión: manipulación de sustancias peligrosas, realización de experimentos de laboratorio, trabajo con corriente eléctrica de 250 voltios o más?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7º ¿Aproximadamente cuántos Kms conduce al año?:   |                          |                          |

<b>Beneficiarios:</b>
Indique la opción elegida (Todos ellos referidos al Asegurado):
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Cónyuge y en su defecto los hijos <input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos por partes iguales <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Designación nominal (especifique nombre completo y N.I.F.): _____ En caso de no designación, se entenderá que se trata de los herederos legales del Asegurado.

El Tomador autoriza expresamente a la Entidad Aseguradora, a los efectos previstos por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de 1999, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, y el reglamento que la desarrolla, para realizar el tratamiento informatizado de los datos personales del asegurado, así como a la cesión a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador en orden a la tramitación de posibles siniestros, fines estadísticos y de lucha contra el fraude o cualquier otro que sea necesario para una adecuada actuación profesional relacionada con el contrato de seguro o por razones de coaseguro y reaseguro. Asimismo, el Tomador autoriza a la Mutua a Hacer uso de la información de datos contenidos en el fichero a fin de remitirle información de los productos y servicios ofrecidos por las distintas empresas vinculadas a PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL. Asimismo, podrá ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio del Asegurado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_  
 EL ASEGURADO,