

# INFORMACION SEGURO MEDICO

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

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

4. ¿Está embarazada?

SI

NO

5. En caso afirmativo, ¿de cuántos meses está embarazada?

6. ¿Es tu embarazo actual producto de tratamientos médicos tales como tratamiento hormonal, IVF, etc?

SI

NO

Firma solicitante: