

Datos para emitir proyecto salud Fedeca (sin compromiso)



Primero. Indica los datos del tomador del seguro

Nombre y apellidos	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Teléfono	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
E-mail	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Fecha de nacimiento	Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
Fumas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Segundo. Indica los datos de los otros asegurados

Asegurado 2

Nombre y apellidos	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Fecha de nacimiento	Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
Fumas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Asegurado 3

Nombre y apellidos	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Fecha de nacimiento	Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
Fumas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Asegurado 4

Nombre y apellidos	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
Fecha de nacimiento	Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.
Fumas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Elige una opción de aseguramiento:

Cuadro médico sin hospitalización	<input type="checkbox"/>
Cuadro médico con hospitalización	<input type="checkbox"/>
Reembolso de gastos	<input type="checkbox"/>

Tienes seguro actualmente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Compañía actual	Haga clic o pulse aquí para escribir texto.