

PRESUPUESTO SEGURO DE SALUD

MES DE INICIO: _____

DATOS TOMADOR

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

NIF: _____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ C. P.: _____

PROFESION: _____

TELEFONO: _____ EMAIL (OPCIONAL): _____

MODALIDAD

COPAGO: *“Importe que tendrá que abonar el asegurado por cada servicio que reciba.”*

SIN COPAGO COPAGO BAJO COPAGO MEDIO COPAGO ALTO

ASISTENCIA AMBULATORIA (Consultas, pruebas, revisiones, etc. SIN HOSPITALIZACION)

INTEGRAL (Además de la Asistencia Ambulatoria incluye la Hospitalización)

REEMBOLSO DE GASTOS (seguro integral en el que se abona el 80/90% de cada servicio que precise el asegurado en cualquier centro que escoja)

COMPLEMENTOS

SEGURO DENTAL

REEMBOLSO DE GASTOS DE PEDIATRIA Y GINECOLOGIA