

DATOS DEL TOMADOR:

Nombre: _____ Profesión: _____
NIF / CIF: _____
Dirección: _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____ Email: _____

CÓDIGO POSTAL DE INHUMACIÓN:

¿Tienen póliza actualmente? Sí (adjuntar póliza y últimos recibos) No

CAPITAL A ASEGURAR:

Coberturas:

Servicio	Nicho	Tanatorio	Incineración	Lápida
Fallecimiento:		€	Invalidez por accidente	€
Hospitalización:		€/día		

Asegurado 1:

Nombre: _____ NIF: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M H
Profesión: _____
¿Se encuentra en buen estado de salud?: Si No
¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica? Si, especifique fecha y tipo: No

Asegurado 2:

Nombre: _____ NIF: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M H
Profesión: _____
¿Se encuentra en buen estado de salud?: Si No
¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica? Si, especifique fecha y tipo: No

Asegurado 3:

Nombre:

NIF:

Fecha de nacimiento:

Sexo: M H

Profesión:

¿Se encuentra en buen estado de salud?: Si No

¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica? Si, especifique fecha y tipo: No

FORMA DE PAGO: Anual Semestral Trimestral Otros:

Cuenta bancaria (20 dígitos):

Comentarios / Observaciones