



Datos del Tomador:

Nombre:

Profesión:

NIF/NIE:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

@:

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 x Accidente:

€ ☐ Hospitalización:

€/día.

Asegurado 1: Nombre:

NIF:

Fecha de Nacimiento: / /

Sexo: ☐ H ☐ M

Profesión:

¿Se encuentra en buen estado de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?

☐ Sí, especifique fecha y tipo:

☐ No

Asegurado 2: Nombre:

NIF:

Fecha de Nacimiento: / /

Sexo: ☐ H ☐ M

Profesión:

¿Se encuentra en buen estado de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?

☐ Sí, especifique fecha y tipo:

☐ No

Asegurado 3: Nombre:

NIF:

Fecha de Nacimiento: / /

Sexo: ☐ H ☐ M

Profesión:

¿Se encuentra en buen estado de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?

☐ Sí, especifique fecha y tipo:

☐ No

Forma de Pago:

☐ Anual

☐ Semestral

☐ Trimestral

☐ Otros:

Cuenta bancaria (20 dígitos):

Comentarios / Observaciones: