

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: