



DATOS NECESARIOS PARA PRESUPUESTAR SEGURO DE ACCIDENTES

NOMBRE: -----

DOMICILIO: -----

TELÉFONO DE CONTACTO: -----

FECHA DE EFECTO DEL SEGURO (dd/mm/aaaa): -----

SEXO: Hombre ---- Mujer ----

FECHA NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): -----

PROFESIÓN: -----

INDEMNIZACIÓN QUE DESEA ASEGURAR POR FALLECIMIENTO: -----

¿DESEA INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE?: SÍ ---- NO ----

¿DESEA CONTRATAR INDEMNIZACIÓN TEMPORAL DIARIA? SÍ ---- NO ----

EN CASO AFIRMATIVO ¿DESDE QUÉ DÍA? 1° ---- 8° ---- 16° ---- 31° ----

¿CONDUCE CICLOMOTOR O MOTOCICLETA? SÍ ---- NO ----

SI PRACTICA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DEPORTES, MÁRQUELOS:

Escalada ---- Artes marciales ---- Boxeo ---- Lucha libre ---- Rugby ---- Esquí ----

Ciclismo en competición ---- Equitación ---- Alpinismo ---- Espeleología ----

Submarinismo ----

SI DISPONE ACTUALMENTE DE ALGUNA PÓLIZA EN VIGOR, HAGA UNA FOTO DE LA MISMA Y ADJÚNTELA. NOS SERVIRÁ PARA HACERLE UNA COMPARATIVA CON LAS MISMAS CONDICIONES Y GARANTÍAS.