

Oficina

Ejecutivo comercial

 Cotización Emisión
Datos tomador

Nombre y apellidos / Razon social

NIF

Teléfono

Domicilio

Población

Código Postal

Datos del Asegurado

Nombre y apellidos

Domicilio

Población

Código Postal

N.I.F.

Fecha de nacimiento

Sexo

Actividad

Profesión

Coberturas:

Prima que desea pagar:

- Única

- Periódicas:

Anual Semestral Trimestral Mensual

Duración: En años: _____

Hasta los 65 años: _____

Capital Fallecimiento

Incluido

Capital Invalidez Absoluta y Permanente (opcional)

Capital Adicional Fallecimiento por accidente (opcional)

En _____ a _____ de _____ de 200__

Solicito cotización riesgo

Solicito emisión póliza

Firma del solicitante

Firma del solicitante