



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

Tiene contratado otro seguro de este tipo con otra Compañía? En cuál? \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD**

Profesión

Regimen S.S. :    general            autónomo            agrario            mutualidad

¿Desarrolla algún otro trabajo además del detallado arriba?

Beneficiario:  El mismo Tomador

Otro: Detallar \_\_\_\_\_

**COBERTURAS**

Enfermedad+Accidentes

Solo enfermedad

**IMPORTE SUBSIDIO**

Subsidio Diario por baja \_\_\_\_\_ €

Subsidio Diario Adicional por Hospitalización \_\_\_\_\_ €

Dias de franquicia:  0  3  4  7  15  30

**DECLARACION DE SALUD:**

1. FUMA    Sí  NO  Cantidad Diaria \_\_\_\_\_ €

2. Bebida alcoholicas    Sí  NO  Cantidad Diaria \_\_\_\_\_ €

3. Peso \_\_\_\_\_ Kgs.    Talla \_\_\_\_\_ cms

4. ¿Practica algún deporte ? Clase y frecuencia \_\_\_\_\_ €

5. Antecedentes de bajas laborales anteriores

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Si está en la actualidad bajo control médico indicar motivo y tratamiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Cualquier otra incidencia, alteración, enfermedad o patología presente o pasada de relevancia o que requiriera tratamiento médico.

---

---

---

---

**Forma de pago:**

Anual       Semestral       Trimestral       Mensual

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

*Solicito cotización riesgo*

*Firma del solicitante*

*Solicito emisión póliza*

*Firma del solicitante*