

Oficina

Ejecutivo Comercial

Cotización     Emisión

**Datos tomador**

Nombre y apellidos / Razon social NIF

Domicilio Población Código Postal

Fecha de Efecto:

**Modalidad:**

Centros concertados:

Centros concertados y libre elección:

**Detallar para cada uno de los asegurados:**

**Tomador:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Actividad:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Asegurado 1:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Actividad:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Asegurado 2:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Actividad:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**(Para más Asegurados seguir la pauta anterior).**

**En caso de conocer alguna patología de alguno de los Asegurados detallar:**

---

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

*Solicito cotización riesgo*

*Solicito emisión póliza*